

**Katedra:** Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

**Studijní program:** Speciální pedagogika

**Studijní obor:** Speciální pedagogika předškolního věku

**VYUŽITÍ HUDBY U OSOB  
S PARKINSONOVOU CHOROBOU  
USAGE OF MUSIC FOR PEOPLE  
WITH PARKINSON'S DISEASE**

**Bakalářská práce:** 11-FP-KSS-2001

**Autor:**

Vlasta ADAMČÍKOVÁ

**Podpis:**

\_\_\_\_\_

**Vedoucí práce:** Mgr. Jitka Pejřimovská

**Konzultant:**

**Počet**

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
65	6	0	12	34	1 CD

V Liberci dne: 23. 04. 2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická  
Akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Vlasta ADAMČÍKOVÁ**  
Osobní číslo: **P09000094**  
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**  
Studijní obor: **Speciální pedagogika předškolního věku**  
Název tématu: **Využití hudby u osob s Parkinsonovou chorobou**  
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Charakterizovat možnosti hudby při péči o osoby s Parkinsonovou chorobou a zjistit vliv hudby na tyto osoby.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Rozhovor, pozorování, kazuistika.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HALOVÁ, Miroslava. Nemocný v domácí péči 1. 1. vyd. Javorník: Halová Miroslava - MAJ.ZJ, 2007.

ISBN 978-80-239-7316-7.

JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva a kol. Demence a jiné poruchy paměti : komunikace a každodenní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

ROTH, Jan, SEKYROVÁ, Marcela, RŮŽIČKA, Evžen a kol. Parkinsonova nemoc. 4. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-178-3.

RŮŽIČKA, Evžen, ROTH, Jan. Parkinsonova nemoc. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. ISBN 80-85121-19-0.

SCHWARZ, Shelley, Peterman. Parkinsonova nemoc : 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. 1. vyd. Praha: Grada, 9008.

ISBN 978-80-247-2321-1.

STONE, Trevor, DARLINGTONOVÁ, Gail. Léky, drogy, jedy. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-1065-3.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Jitka Pejřimovská**

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **1. dubna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **27. dubna 2012**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.

děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

vedoucí katedry

dne

**22 -04- 2011**

## Čestné prohlášení

Název práce:	Využití hudby u osob s Parkinsonovou chorobou
Jméno a příjmení autora:	Vlasta Adamčíková
Osobní číslo:	P09000094

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložila elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedla jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 23. 04. 2012

---

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Jitce Pejřimovské, za odborné vedení, cenné rady, za její trpělivost a čas, který věnovala konzultacím. Dále děkuji všem klientům zúčastněným na projektu, zejména paní Dianě, bez jejíž podpory a spolupráce by tato práce nemohla vzniknout. Také bych chtěla poděkovat své rodině za všestrannou podporu.

V Liberci dne: 23. 04. 2012

.....

**Název bakalářské práce:** Využití hudby u osob s Parkinsonovou chorobou

**Jméno a příjmení autora:** Vlasta Adamčíková

**Akademický rok odevzdání bakalářské práce:** 2011/2012

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Jitka Pejřimovská

**Anotace:**

Tématem bakalářské práce je využití hudby u osob s Parkinsonovou chorobou. Cílem je charakterizovat možnosti hudby při péči o osoby s Parkinsonovou nemocí a zjistit vliv hudby na tyto osoby.

Teoretická část je zaměřena na vysvětlení pojmů týkajících se tématu práce. Zabývá se povahou Parkinsonovy nemoci, jejím vznikem, symptomy a způsoby léčby. Protože se ve světě objevují úspěšné strategie využití hudby při tomto onemocnění, navazuje část osvětlující význam hudby v životě člověka, její využití v reedukaci a muzikoterapii.

V empirické části je popsána činnost studentů, kteří doprovázeli osoby se zdravotním postižením, v tomto případě s Parkinsonovou nemocí. Sumarizuje a analyzuje práci studentů v oblasti hudební reedukace pod lékařskou a muzikoterapeutickou supervizí.

**Klíčová slova:** speciální pedagogika, Parkinsonova nemoc, osoba se zdravotním postižením, hudba, muzikoterapie, motorika, psychosociální podpora.

**Title of the bachelor thesis:** Usage of Music for People with Parkinson's Disease

**Author:** Vlasta Adamčíková

**Academic year of the bachelor thesis submission:** 2011/2012

**Supervisor:** Mgr. Jitka Pejšimovská

**Abstract:**

The topic of this thesis is the use of music with individuals suffering from Parkinson's disease. The aim of the thesis is to characterize the possibilities of using music while taking care of individuals suffering from Parkinson's disease and to determine the influence of music on these people.

The theoretical part is aimed at the explanation of terms concerning the topic of the thesis. It deals with the characteristics of Parkinson's disease, its causes, symptoms and treatments. Due to the fact, that there exist several successful strategies of using music during the cure of this disease, the thesis then explains the importance of music in a person's life, its use in reeducation and in music therapy.

The analytical part describes the work of students who accompanied individuals with disabilities, in this case, Parkinson's disease. This part summarises and analyses the work of these students in the field of musical reeducation under medical supervision and the supervision of musical therapy.

**Key words:** special pedagogy, Parkinson's disease, individual with disabilities, music, music therapy, motor skills, psychosocial support.

# Obsah

Úvod.....	9
1 Teoretická část.....	10
1.1 Speciální pedagogika.....	10
1.2 Parkinsonova nemoc.....	12
1.2.1 Původ nemoci.....	12
1.2.2 Příčiny vzniku Parkinsonovy nemoci.....	13
1.2.3 Výskyt Parkinsonovy nemoci.....	14
1.2.4 Příznaky Parkinsonovy nemoci.....	14
1.2.5 Léčba Parkinsonovy nemoci.....	19
1.3 Hudba v životě člověka.....	22
1.3.1 Využití hudby u osob se zdravotními problémy.....	24
1.3.2 Pojem muzikoterapie.....	26
1.3.3 Metoda Geneapé.....	27
1.3.4 Hudba a Parkinsonova nemoc.....	28
2 Empirická část.....	30
2.1 Cíl empirického šetření a stanovení předpokladů.....	30
2.2 Použité metody.....	30
2.3 Popis zkoumaného vzorku .....	32
2.4 Průběh průzkumu.....	32
2.4.1 Program z pohledu skupinového dění.....	33
2.4.2 Jednotlivec v kontextu skupiny.....	36
2.4.3 Obraz sledovaného klienta v případové studii.....	48
2.4.4 Individuální hudební aktivity klienta.....	51
2.4.5 Vliv hudebních aktivit na sledovaného klienta.....	54
2.5 Shrnutí výsledků empirické části a ověření předpokladů .....	57
Závěr .....	61
Navrhovaná opatření.....	62
Seznam zdrojů .....	63



# Úvod

Tématem této bakalářské práce je **využití hudby u osob s Parkinsonovou chorobou**.

Hudba je přirozeným jevem, který doprovází člověka po celý život, vyvolává v každém z nás různé pocity, ovlivňuje významně emocionální prožívání a skrze ně i osobnostní povahu člověka. Proto hudba může mít i významný vliv také na naše zdraví. Cílem této práce je **charakterizovat možnosti hudby při péči o osoby s Parkinsonovou chorobou a zjistit vliv hudby na tyto osoby**.

Současná společnost chápe člověka s postižením jako osobu hodné důstojnosti s akceptací jeho odlišností. Jedním z ukazatelů stavu vyspělosti a uvědomění společnosti je snaha o integraci osob s postižením do většinové společnosti. Osoby s Parkinsonovou nemocí jsou zařazovány mezi osoby se zdravotním postižením.

Teoretická část je zaměřena na vysvětlení pojmů týkajících se tématu práce. Osvětluje povahu Parkinsonovy nemoci, její vznik, symptomy a způsoby léčby. V současné době se ve světě objevují úspěšné strategie využití hudby při tomto onemocnění, a proto je další část práce věnována významu hudby v životě člověka, jejímu využití v reedukaci a muzikoterapii.

V empirické části je popsána činnost studentů v roli doprovázejícího edukátora, kteří doprovázeli osoby se zdravotním postižením, v tomto případě s Parkinsonovou nemocí. Studenti pracovali v oblasti hudební reedukace pod lékařskou a muzikoterapeutickou supervizí. Tým studentů jednak pracoval se skupinou, a jednak každý student vedl svého klienta v individuální práci s hudbou v domácím prostředí.

V práci autorka používá metody, kde se uplatňují jak kvalitativní, tak kvantitativní postupy. Stěžejními metodami, používanými v práci pro získání komplexního pohledu na danou problematiku, jsou rozhovor, pozorování a případová studie. Práce shrnuje výsledky pozorování skupiny osob s Parkinsonovou nemocí po dobu 10 měsíců na hudebních lekcích. Autorka textu porovnává a zpracovává výsledky sledování motorických a non-motorických příznaků u klientů. S ohledem na potřeby klientů v průběhu práce vytváří dokumentaci, kterou průběžně analyzuje, vyhodnocuje a zaměřuje se na konstrukci hudebních aktivit. Práce s hudbou autorku zaujala, jako možná estetická strategie, která vhodně formuje zaměření hodnot ke smyslu života.

# 1 Teoretická část

Teoretická část se zabývá vysvětlením pojmů, které s tématem a cílem bakalářské práce úzce souvisí. První kapitola je věnována speciální pedagogice, která se zabývá péčí o osoby se zdravotním postižením. Druhá kapitola objasňuje Parkinsonovu chorobu, její vznik, výskyt, příčiny a léčbu. Třetí kapitola pojednává o hudbě a jejím významu pro člověka.

## 1.1 Speciální pedagogika

Termín **speciální pedagogika**, jak uvádí Pešatová et al. (2007, s. 19), u nás poprvé použil v roce 1973 jeden z nejvýznamnějších speciálních pedagogů Prof. Miloš Sovák.

Michalová (2006, s. 5) definuje speciální pedagogiku jako: „...vědní oblast o zákonitostech teorie a praxe vývoje, výchovy, vyučování a vzdělávání, přípravy pro pracovní a společenské začlenění osob (dětí, mládeže i dospělých) postižených různými nedostatky v oblasti rozumové, smyslové, tělesné či s poruchou chování nebo sociálních vztahů“.

Podle Fišera et al. (2008, s. 14) je speciální pedagogika: „...vědní obor, který se zabývá zákonitostmi výchovy a vzděláváním a rozvojem jedinců, kteří jsou znevýhodněni vůči většinové populaci v oblasti fyzické, psychické nebo sociální a mají speciální výchovně vzdělávací potřeby“.

Předmětem speciální pedagogiky jsou osoby se zdravotním postižením. Zdravotně postižené osoby jsou podle Pešatové et al. (2007, s. 29): „...osoby, které v důsledku fyzického, mentálního či smyslového poškození nejsou zpravidla schopny zajistit si samy všechny potřeby běžného osobního a společenského života“.

Speciální pedagogika se dělí (Fišer, et al. 2008, s. 17) podle druhu postižení na: psychopedii, logopedii, surdopedii, tyflopedit, etopedii, somatopedii, speciální pedagogiku osob s kombinovaným postižením, speciální pedagogiku osob s parciálními nedostatky.

Speciální pedagogika se zabývá jedinci se speciálními edukačními potřebami, kteří pro svůj rozvoj a začlenění do společnosti potřebují speciální přístup, speciální potřeby a péči. Neomezuje se jen na vzdělávání, zabývá se problematikou jedinců s postižením během celého života. Současná společnost prosazuje v péči osoby s postižením humanismus a integraci.

Chápe člověka jako svébytnou osobnost s individuálními odlišnostmi. V péči o osoby se zdravotním postižením vychází z pozitivních aspektů osobnosti, z toho, v čem je jedinec dobrý, co umí, co dokáže, v čem jsou jeho možnosti. Jedním z ukazatelů stavu vyspělosti a uvědomění společnosti je snaha o integraci osob s postižením do většinové společnosti. Pro integraci osob s postižením je potřeba vytvářet materiální, ekonomické, psychosociální podmínky (Fišer, et al. 2008, s. 15).

Z tohoto postoje vyplývají cíle a úkoly speciální pedagogiky. Michalová (2006, s. 7) uvádí tyto **cíle speciální pedagogiky**:

1. humanitární – se týká práva postiženého na respektování jeho osobnosti a zajištění co nejúplnějšího vývoje,
2. výchovný – vyjadřuje právo postiženého na vzdělání, které respektuje jeho individuální možnosti,
3. ekonomický – vyjadřuje právo postiženého na pracovní uplatnění.

Fišer et al. (2008, s. 14) uvádí, že základním cílem speciální pedagogiky je: „...*dosažení maximálně možné socializace znevýhodněného jedince s ohledem na charakter, rozsah a závažnost (stupeň) jeho znevýhodnění.*“

Pešatová et al. (2007, s. 7) píše: „*Cílem snažení naší současné společnosti je eliminovat diskriminaci osob se zdravotním postižením, odstranit přetrvávající segregační přístupy, poskytnout všem právo na vzdělávání, poskytnout odpovídající sociální služby, podporovat rodiny se zdravotně postiženým dítětem či dospělým, vytvářet pracovní příležitosti, respektovat základní a zásadní odlišnosti jedinců s postižením.*“

Lidé s postižením mají právo na plnohodnotný život ve společnosti a společnost má povinnost vytvořit takové podmínky, aby jim byl takový život umožněn. Práva osob s postižením jsou zakotvena v mezinárodních dokumentech, deklaracích a legislativě jednotlivých zemí, včetně České republiky. Základní přístupy a zásady jsou zakotveny ve **Standardních pravidlech pro vyrovnaní příležitostí osob s postižením z roku 1993** a zákonech: **zákon č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách. Pro potřeby školní integrace je to **zákon č. 561/2004 Sb.**, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se

speciálními vzdělávacími potřebami dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (Pešatová, et al. 2007, s. 10).

Největším zástupcem osob se zdravotním postižením je v České republice *Národní rada osob se zdravotním postižením*. Cílem této organizace je prosazování, obhajoba a naplňování práv, zájmů a potřeb zdravotně postižených občanů.

## 1.2 Parkinsonova nemoc

*„Parkinsonova nemoc je chronické, pomalu se rozvíjející onemocnění, které nelze vyléčit. Lze je však léčit, tj. potlačit či omezit příznaky nemoci, a to dlouhodobě.“* (Roth, et al. 2009, s.10).

Toto onemocnění přichází většinou nečekaně, pacient na něm nemá žádnou vinu. Potíže se u osob s Parkinsonovou nemocí rozvíjejí individuálně, obvykle nemají vliv na délku života. Člověk s Parkinsonovou nemocí je postaven před problém, který je pro něj neznámý, a proto může být zdrojem velkých psychických potíží u těchto lidí. Tito lidé se musí s touto chorobou naučit žít (Roth, et al. 2009, s. 11).

Parkinsonova choroba je onemocnění tělesné a zároveň chronické, a proto jí zařazujeme mezi somatická onemocnění. Péče o osoby s Parkinsonovou nemocí spadá do vědního oboru speciální pedagogiky (Roth, et al. 2009, s. 10).

### 1.2.1 Původ nemoci

Parkinsonovu chorobu poprvé popsal britský lékař James Parkinson. Nemoc je způsobena nedostatkem tvorby dopaminu, který přirozeně vzniká v mozku. Je to chemická látka, která je přenašečem nervových vzruchů, je označována jako neurohormon, neurotransmiter. Dopamin je tedy důležitý při zpracování informací, při koordinaci pohybu, je spojován s motivací k různým aktivitám. Nedostatek dopaminu je způsoben odumíráním buněk, které ho produkují v oblasti tzv. středního mozku, mesencefala (oblast zvaná substantia nigra). Proč dochází k redukci tvorby dopaminu není v současné době známo. Nemoc se začíná projevovat až po odumření cca 50% funkčních buněk. Sestupné dráhy nejsou poškozeny, ale nastává porucha zpětnovazebních okruhů, které jsou důležité pro správný svalový tonus a přesné provedení pohybů (Halová 2007, s. 17).

Roth et al. (2009, s. 12) o Parkinsonově nemoci uvádí, že první ucelený popis nemoci, který se projevuje pohybovou chudostí, zpomaleností, třesem a svalovou ztuhlostí byl učiněn Jamesem Parkinsonem, který v roce 1817 v Londýně vydal knížku *An Essay on the Shaking Palsy* (O třaslavé obrně), kde popsal šest osob s příznaky, které do této doby nebyly popsány. Později byla tato nemoc po tomto lékaři pojmenována. Roth et al. píše (2009, s. 18): „*Nemoc se projeví u člověka, jenž ztratil již polovinu buněk v substantia nigra, a zbylé buňky nejsou již schopny vyrobit více než 20-30% původního množství dopaminu.*“

Roth et al. (2009, s. 18) zdůrazňuje, že nedostatek dopaminu ve středním mozku má pro hlavní hybné příznaky Parkinsonovy nemoci zcela zásadní význam. Kromě toho bylo také zjištěno, že dochází v mozcích pacientů s Parkinsonovou chorobou i ke změnám některých jiných transmitterů, např. serotoninu, glutamátu, kyseliny gama-aminomáselné, a systémů. Tyto poruchy jsou zdrojem dalších obtíží zejména v pokročilém stádiu nemoci.

Jak píše Halová (2007, s. 17) v dnešní době jsou již vyvinuty technické metody, které pomáhají nedostatek dopaminu zjistit, a to ještě před propuknutím příznaků Parkinsonovy nemoci:

1. pozitronová emisní tomografie (PET),
2. jednofotonová emisní tomografie (SPEC-DaTScan).

### 1.2.2 Příčiny vzniku Parkinsonovy nemoci

Jak uvádí Roth et al. (2009, s. 21) v posledních třiceti letech bylo mnoho času a energie věnováno výzkumu příčin odumírání nervových buněk, které produkují dopamin. Velké množství informací jsou zdrojem určitých představ či hypotéz, přesto jasné a pravdivé vysvětlení prozatím neexistuje. Jedna z hypotéz se zabývá myšlenkou, že příčinou Parkinsonovy nemoci je látka, která je přítomna v chemických produktech, např. v umělých hnojivech, v průmyslových zplodinách. Tato chemická látka není přímo jedem, ale krevní cestou se dostává do mozku a tam se přemění v jedovatou látku, která poškozuje buňky, které vyrábí dopamin. Další z hypotéz je založena na zjištění, že nervové buňky jsou poškozovány nadbytečným množstvím volných radikálů kyslíku. Volné radikály kyslíku vznikají především v oblasti, kde se dopamin tvoří a rozkládá. Proto v oblasti substantia nigra (černého jádra), kde je největší koncentrace dopaminu, by mohlo docházet k odumírání buněk. Specialisté se

také zabývají hypotézou, že by Parkinsonova nemoc mohla být dědičná (Roth, et al. 2009, s. 23).

### 1.2.3 Výskyt Parkinsonovy nemoci

Parkinsonova nemoc se vyskytuje na celém světě, ať jsou to země průmyslově vyspělé či jsou to země rozvojové. Ukazuje se, že v posledních letech Parkinsonovy nemoci přibývá. Je to samozřejmě ovlivněno vývojem v diagnostice Parkinsonovy nemoci. U větší části pacientů se Parkinsonova nemoc objevuje mezi 50. a 60. rokem života. Parkinsonova nemoc se vyskytuje poměrně často, zejména u osob nad 60 let (Halová 2007, s. 19).

Roth et al. (2009, s. 15) uvádí: „...výskyt Parkinsonovy nemoci v populaci se v Evropě pohybuje mezi 84 až 187 postiženými na 100 000 obyvatel. Tedy přibližně každý tisící člověk trpí Parkinsonovou nemocí.“ Pokud budeme sledovat pouze populaci osob starších 60 let, zjistíme, že postihuje více než jedno procento této populace.

Roth et al. (2009, s. 16) říká že, existuje typická osobnost pacienta s Parkinsonovou nemocí, tedy osoby s určitým typem povahy, u kterých lze pozorovat větší výskyt nemoci. Mezi tyto povahové rysy patří např. uzavřenost, systematickosti, pedantičnost, horší přizpůsobivost, sklon ke stresům a depresím. Určitou úlohu mají také závislosti na návykových látkách. Odborníci se však v tomto ohledu v názorech rozcházejí.

### 1.2.4 Příznaky Parkinsonovy nemoci

Příznaky mohou být u jednotlivých případů rozdílné a mohou se během nemoci měnit. Úplný začátek nemoci se jen těžko stanovuje, neboť příznaky jsou stejné jako u jiných onemocnění. Týká se zejména bolesti zad, kloubů, poruch spánku. Teprve později se začínají objevovat typické znaky Parkinsonovy nemoci, kterými jsou **motorické příznaky**: třes (tremor), svalová ztuhlost (rigidita), celková zpomalenost a chudost pohybů (bradykineze, akineze, hypokineze) a poruchy stoje a chůze. Mimo toho se objevují doprovodné potíže, tzv. **non-motorické příznaky**: poruchy vegetativního svalstva, psychické problémy, senzorické poruchy, kognitivní poruchy, poruchy spánku a bdění (Roth, et al. 2009, s. 25)

## Motorické příznaky

### Třes (tremor)

Jedním z klasických příznaků Parkinsonovy nemoci je třes. Třes je znatelný zejména na končetinách v klidovém stavu. Má frekvenci 5 – 7 kmitů za minutu a vzniká opakovaným stahem svalových skupin. Rytmus se může na jednotlivých končetinách lišit. Třes je nejnapadnější na horních končetinách, zejména na prstech. Pacient jakoby dělal v prstech kuličku. Patrný bývá i třes hlavy, který je způsoben šíjovými svaly. Rozlišujeme třes předozadní (přitakávání) nebo nastává rotace šíje (zápor). Třes se zvýrazní jestliže se člověk během pohybu následkem akineze zastaví, např. nedokáže donést skleničku k ústům. Třes se také objevuje např. při předpažení. To umožňuje zjistit třes v počátečních stádiích nemoci. Třes je závislý i na psychickém stavu pacienta, může ho zesílit stres, nepohoda, úzkost, obavy, nejistota apod. V době spánku či relaxace třes mizí (Trojan, et al. 2001, s. 122).

Roth et al. (2009, s. 26) zdůrazňuje, že ne každý třes musí být projevem Parkinsonovy nemoci, neboť je nespecifickým příznakem jiných onemocnění.

Třes podle Rotha et al. (2009, s. 26) má několik typických základních vlastností:

1. Vyskytuje se pouze na končetinách, hlava je postižena jen výjimečně. Objevuje se třes brady.
2. Objevuje se většinou nejprve na prstech horních končetin, většinou na jedné straně. Pohyb prstů někdy připomíná pohyby při počítání peněz. Postupem času se třes objevuje na stejnostranné dolní končetině. Teprve poté přechází na druhou stranu těla, ale nemusí se na druhé straně objevit vůbec.
3. Frekvence třesu je pomalá, asi 4 až 6 kmitů za sekundu.
4. Třes se objevuje především v klidovém stavu, tedy v době, kdy se pacient nehýbe, ruce se jsou svěšené podél těla, nebo leží na podložce. Dobře je patrný na svěšených končetinách při chůzi. Pokud pacient ruce používá k činnosti, třes mizí. V pokročilých případech třes neustává a stává se překážkou, např. při jídle.

Třes je velkou sociální zábranou nemocných. Je velice těžce pacienty snášen. Strach, nervozita, úzkost, očekávání třes ještě zvýrazňuje. Ve spánku, ale i při duševním uvolněním se třes zmírňuje či mizí.

Třes Roth et al. (2009, s. 27) vysvětluje tak, že dopamin má tlumivou roli a jeho nedostatek v bazálních gangliích se projevuje nedostatečným útlumem. Naopak převažuje vliv acetylcholinu, aktivačního transmiteru. Tato nerovnováha se přenáší na buňky, které mají kontrolovat pohyb. Elektrické impulsy, které nejsou tlumeny dopaminem, se přenášejí do pohybových projevů a způsobují výkyvy, tedy třes. K potlačení třesu se používají anticholergika, která mají za následek snížení účinku acetylcholinu, a tím se nerovnováha celého systému snižuje.

### **Svalová ztuhlost (rigidita)**

Rigidita je podle Trojana et al. (2001, s. 123) zvláštní druh zvýšeného svalového napětí. Nezvyšuje se při protahování svalu, ale naopak napětí zůstává v celém průběhu pasivního pohybu. Reflexy posturální jsou současně zvýšené (pokud sval zkracujeme, reaguje na to náhlým zvýšeným napětím). Myotatické reflexy bývají výbavné a většinou snížené. Odpověď je navíc bržděna rigiditou ve svalech antagonistických. Rigidita převažuje ve flexorech. Rigidita i třes se mohou projevovat pouze na jedné polovině těla. Rigidita se projevuje i ve spánku, nemocný se často nemůže otočit na lůžku. Často je pacient odkázaný na pomoc druhé osoby (Trojan, et al. 2001, s. 123).

Roth et al. (2009, s. 27) o svalové ztuhlosti (rigiditě) píše, že je prvním příznakem, který přivádí pacienta k lékaři, neboť zhoršuje normální hybnost a pacient jí těžko snáší. Svalová ztuhlost se projevuje zvýšením normálního svalového napětí. Ztuhlý sval klade zvýšený odpor. Někdy bývá tento pohyb přirovnáván k pohybu v hluboké vodě. Rigidita začíná většinou nesymetricky, buď vpravo nebo vlevo. Při svalové ztuhlosti dochází k přetěžování jiných svalových skupin. Svalová ztuhlost vzniká nedostatkem dopaminu v těch částech mozku, které regulují udržováním svalového napětí.

### **Celková zpomalenost, chudost pohybů a omezení rozsahu pohybu (bradykineze, akineze, hypokineze)**

Halová (2007, s. 20) uvádí, že akineze se projevuje ve zhoršeném provádění volných pohybů. Zejména je problém pohyb začít. Akineze se projevuje spolu s rigiditou při chůzi. Charakteristické pro chůzi jsou drobné, šouravé kroky. Absence či chudost pohybu se projevuje i v obličeji na práci mimických svalů.

Také Roth et al. píše (2009, s. 28), že zpomalenost a chudost pohybu se projevují zejména ztrátou či snížením schopnosti začít pohyb, např. postavit se ze sedu, rozejít se ze stoje.



Sníženy jsou také automatické pohyby, např. souhyby horních paží při chůzi. Nemocní mají hlavně potíže s rozcházením, kdy přešlapují na jednom místě a nedaří se jim udělat první krok. Někdy dochází k přerušení, tzv. zamrznutí pohybu (freezing). Člověk není schopen pohybu ani tam ani zpět. Velké problémy se u pacientů objevují také při spánku, kdy nejsou schopni se přetočit ze strany na stranu, změnit polohu těla. Veškeré pohyby jsou jakoby „ze zpomaleného filmu“. Pacient má problémy při jídle, čištění zubů, při oblékání, vázání tkaniček apod.

### **Porucha stoje a chůze**

Trojan et al. (2001, s. 123) nazývá typické postavení člověka s Parkinsonovou chorobou jako: *semiflekční*, tzn. končetiny jsou pokrčené v loktech a kolenou, záda jsou vyhrbená, kulatá, šíje je předkloněna.

Poruchy stoje a chůze jsou podle Rotha et al. (2009, 29) příznakem, který velmi komplikuje život pacientů. Charakteristické je sehnuté držení trupu, šíje a pokrčení končetin. „*Ke zkrácení kroku, přešlapování na místě a neschopnosti se opět rozejít dochází obzvláště často před překážkou či v zúženém prostoru (např. při průchodu dveřmi).*“ Je zajímavé, že na větších prostranstvích nebo v přírodě mají pacienti méně potíží. Také chůze do schodů nahoru i dolů je snazší. Pacienti často mají pocit tahu dopředu či dozadu, který vychyluje těžiště těla. Tento tah může být příčinou pádu. Tento symptom se v odborné literatuře nazývá *pulze*.

### **Poruchy mimiky**

Roth et al. (2009, s. 30) uvádí, že Parkinsonovu nemoc doprovází řada dalších příznaků. Typický je tzv. *maskovitý obličej*, tj. nedostatečné vyjadřování pocitů v obličeji, mluvíme o *hypomimii*. Pacienti působí dojemem apatie, nepřítomnosti, nedostatečného reagování na dění kolem sebe. Mimika se stává v důsledku nemoci nevýrazná, strnulá. Na obličeji člověka se neodráží vnitřní prožívání dané osoby.

### **Porucha hlasu, řeči a komunikace**

Porucha řeči (Roth, et al. 2009, s. 107) se projevuje typickým tichým hlasem, setřelou výslovností a monotónní melodií řeči. Řeč je zpomalená nebo naopak se objevuje zrychlování až drmolání, a proto se stává nesrozumitelnou. Tuto poruchu nazýváme – *hypokinetická dysartrie*. Jde poruchu motorické realizace řeči způsobenou poškozením některé části mozku.

Poruchy řeči se objevují u 70-80% nemocných a u 50% se objevují poruchy polykání. Potíže s řečí jsou způsobeny narušenou pohyblivostí svalů podílejících se na výslovnosti, polykání, dýchání a tvorbě hlasu. Řečové problémy jsou individuálně ovlivněny dalšími faktory, např. momentálním hybným stavem, únavou, psychickým stavem člověka, medikací, denní dobou. U většiny pacientů se objevuje *porucha písma*. Písmo je zmenšené, mluvíme o tzv. *mikrografii*.

O *dysartrii extrapyramidové – hypokinetické*, která je typická pro osoby s Parkinsonovou chorobou, píše také Škodová et al. (2007, s. 316): „*Řečový projev je monotónní, možná je počáteční pauza pro svalovou ztuhlost, poté překotný nepřesný projev s palilalií – opakováním slabik či slov.*“ V proudu řeči je postižen také rytmus dechu. Dech je přerušovaný v důsledku přerušování hybnosti dýchacích svalů. Hlasový projev může přecházet až do afonie. Řeč se zpomaluje až do zastavení nebo naopak zrychluje do nezřetelného mumlání.

## **Non-motorické příznaky**

### **Poruchy vegetativního nervstva**

*Poruchy vegetativního nervstva* jsou velice časté, jedná se zejména o *sklon k zácpě*, který je ovlivněn i léky používanými při léčbě Parkinsonovy nemoci. Objevují se *sklony k náhlým poklesům krevního tlaku*, který může být příčinou pádu a omdlení. Častým projevem je také nadměrná tvorba mazu kůže, zvýšená tvorba slin, zvýšené pocení. U některých pacientů se objevují potíže s močením a problémy sexuální nedostatečnosti. Také poruchy spánku jsou velmi časté (Roth, et al. 2009, s. 30).

### **Psychické problémy**

Již v časných stádiích onemocnění se objevují psychické problémy. Jedná se zejména o **deprese**. Roth et al. uvádí (2009, s. 31), že deprese: „...jsou *pocity nepřiměřeného smutku či zoufalství, kvalitativně odlišné od běžných pocitů zármutku, které každý člověk zná.*“ Charakteristické pro deprese je také pocit beznaděje, úzkosti, podceňování se, viny. Příznaky deprese se projevují postupně, až zahltí celou osobnost člověka. „*Deprese je však v naprosté většině léčitelná. Je nutné na ni myslet a včas léčebně zasáhnout* (Roth, et al. 2009, s. 31).“ Přechodná deprese postihne až 50% pacientů, a proto je nejčastější psychickou komplikací Parkinsonovy nemoci.

Pacienti s Parkinsonovou chorobou si také často stěžují na **poruchy spánku**. Důvody mohou být různé. Někdy je příčinou nedostatek levodopy, nebo mohou být projevem nežádoucích duševních polékových projevů. Léky používané u Parkinsonovy nemoci mohou u některých jedinců způsobit nežádoucí duševní projevy, je to zejména psychické onemocnění, které se příznaky podobá psychóze. Mluvíme o **psychotických projevech**. Počátek psychotických projevů nemusí být vždy odhalen. Později se mohou objevit halucinace či bludy. Tyto stavy většinou po úpravě léčby mizí. Menší část pacientů v pokročilém stádiu Parkinsonovy choroby trpí úbytkem rozumových schopností, tzv. **demencí** (Roth, et al. 2009, s. 32).

Také (Halová 2007, s. 21) říká, že se později u těchto pacientů mohou objevovat problémy psychického rázu. Může se vyskytnout úzkost, strach, stres, neschopnost adaptace, stavy zmatenosti. Pokud se tyto stavy včas neléčí, tak může dojít ke vzniku deprese, a z toho plynoucí nebezpečí sebevražd. Degenerativní proces u osob s Parkinsonovou nemocí pokračuje a postupně účinek léčby klesá. Až po delší době, pokud nemoc trvá 5- 8 let, začíná docházet ke zhoršování projevů. V tomto období se mohou přidat i jiné choroby.

### 1.2.5 Léčba Parkinsonovy nemoci

Roth et al. (2009, s. 43): „*Parkinsonovu nemoc nelze vyléčit, je však možno dlouhodobě a účinně potlačovat její příznaky.*“

Již v 19. století se objevily první léčebné pokusy ovlivnit příznaky Parkinsonovy nemoci pomocí přípravků rostlinného původu, např. belladonna. Tato léčba ovšem nebyla dostatečně účinná. Později se začaly používat uměle vyrobené léky, tzv. anticholinergika. Tyto léky, které se objevily poprvé v roce 1946, jsou určeny zejména na ovlivnění třesu, bohužel mají mnoho nežádoucích účinků. Velkého pokroku bylo docíleno v roce 1958. Farmakolog a biochemik Carlsson zjistil, že v oblasti mozku, zvané bazální ganglia, se nachází velké množství dopaminu. Tento objev byl podkladem pro další výzkum. V roce 1960 Ehringer a Hornykiewicz prokázali, že Parkinsonovu nemoc způsobuje nedostatek dopaminu v určité oblasti mozku, v tzv. černém jádře (substantia nigra). V roce 1961 se pokusil Birkmayer ve Vídni a Barbeau v Montrealu poprvé k léčbě Parkinsonovy nemoci použít levodopu, která je stavebním kamenem pro tvorbu dopaminu (Roth, et al. 2009, s. 12).

Látka L-DOPA přechází do mozku a mění se v dopamin. Jde o léčbu substituční, která má velmi dobré výsledky. Léčba dokáže většinu příznaků potlačit. Po několika letech výzkumu a používání levodopy se objevily u pacientů komplikace a vedlejší účinky. V dalších letech byly objeveny látky – benserazid a kardidopa, které potlačují většinu vedlejších nepříznivých účinků tak, že blokují přeměnu levodopy na dopamin v ostatních částech těla. Tyto preparáty se užívají v široké míře. Výzkum v oblasti léčiv, ale i vzniku choroby, v současné době stále pokračuje (Halová 2007, s. 20).

Roth et al. (2009, s. 35) uvádí, že vývoj Parkinsonovy nemoci je u každého člověka individuální a záleží na více faktorech, které jí ovlivňují. V sedmdesátých letech 20. století se začala uplatňovat léčba levodopou, a tím se podařilo příznaky nemoci potlačit či oddálit. Nemocní poměrně dlouhou dobu mohou zůstat v takovém stavu, který neomezuje jejich každodenní aktivity. K léčebnému programu u Parkinsonovy nemoci patří nejen léky, ale také režimová opatření, rehabilitace, cvičení a pohybová reedukace. Své místo má také neurochirurgická léčba.

#### **Přehled léků užívaných u Parkinsonovy nemoci podle Rotha et al. (2009, s. 45):**

1. základní léky – nahrazující chybějící dopamin (levodopa, agonisté dopaminu),
2. přídatné léky – mění metabolismus levodopy a dopaminu, nebo působí na jiné systémy nervových přenašečů (inhibitory monoaminoxidázy typu B-selegilin, rasagilin; inhibitory katechol-O-methyltransferázy-entakapon, tolkapon; amantadin; anticholinergika),
3. pomocné léky – ovlivňující vedlejší příznaky a komplikace (domperidon, antidepressiva, anxiolytika, sedativa a hypnotika, inhibitory acetylcholinesterázy, atypická neuroleptika aj),

Dávkování léků je nutné dodržovat, a to jak množství, tak časové rozmezí.

#### **Halová (2007, s. 21) uvádí techniky neurochirurgické léčby:**

- transplantace kmenových buněk (nikde ve světě není schválena, metoda je ve fázi klinického zkoumání),
- stereotaktická leze mozku (zavedením speciální elektrody k jádru mozku se docílí porušení okrsku, který působí negativně – pozitivně se ovlivní pohybové funkce),

- hluboká mozková stimulace – způsobí trvalou stimulaci určitého místa (signálem o frekvenci nad 100 Hz) (Halová 2007, s. 21).

### **Rehabilitační léčba**

Velmi důležité je pro osoby s Parkinsonovou nemocí, aby pravidelně cvičily a využívaly rehabilitace. „*V kombinaci medikamentózní léčby s cvičením se stav opět na další léta stabilizuje*“ (Halová 2007, s 20).

Také Trojan et al. (2001, s. 124) uvádí, že akinezi je možno překonávat rytmickými pohyby. Cvičení je snazší, pokud se cvičí na rytmickou hudbu, např. polku, valčík. Vhodně vybraná hudba ladí pacienta emočně a spolu s rytmitou usnadňuje cvičení. Velmi vhodná je jóga, která navozuje pozitivní emoce, vede ke svalovému i duševnímu uvolnění a nenásilně protahuje zkrácené svaly.

Roth et al. (2009, s. 83) píše: „*...pravidelná pohybová léčba u nemocných trpících Parkinsonovou nemocí je stejně důležitá jako pravidelné používání léků.*“

Při rehabilitaci je důležité opakování pohybu či určité činnosti, tak aby se stala součástí pohybového automatismu pacienta. To se využívá při nácviku celé motoriky, ale i motoriky mluvidel. Pokud pacient necvičí pravidelně, výsledky se většinou nedostaví, a to způsobuje zklamání pacienta i terapeuta. Léčebná rehabilitace působí na psychiku člověka. Osoby s Parkinsonovou chorobou jsou často v situaci, kdy by chtěly realizovat nějaký pohyb, či vyjádřit emoci, ale nemohou, protože neovládnou tělo. Mozek jakoby byl uzavřen bez možnosti komunikace. Léčebná rehabilitace přináší lidem pocit seberealizace a sebeuspokojení a zvyšuje tak sebevědomí pacienta. Snaží se obnovit cestu mezi myslí a tělem. Opravdu důležitá, pro emoční a motivační složku, je zejména ergoterapie, arteterapie a muzikoterapie, které nejvíce pracují s pocitem seberealizace a sebeuspokojení (Ressner, et al. 2001, s. 31).

### **Logopedická péče**

Cílem logopedické terapie u osob s Parkinsonovou nemocí je podle Klenkové (2006, s. 122): „*...maximalizace komunikačních schopností a zachování dobré kvality života osoby s dysartrií.*“ U dospělých osob s dysartrií je nutné vzít do úvahy individuální zvláštnosti každého z nich.

Pozornost se zaměřuje zejména na tyto **metody a prostředky**:

- ovlivnění mluvy tělesným tonusem a užití metod navozujících svalovou relaxaci a stabilizaci tělesného tonu v oblasti mluvidel,
- modifikace cvičení respiračních, fonačních, artikulačních a rezonančních pro obnovování a stabilizaci motorických řečových schopností, které odstraňují či zmírňují souhyby mluvidel a těla, zlepšují koordinaci dýchání a tvorby hlasu i funkci patrohltanového uzávěru,
- rytmizační a intonační postupy – pomocí mluvního projevu spojeného s pohybem pomáhají ustanovit tempo řeči,
- využití skupinových forem terapie (Škodová, et al. 2007, s. 324).

### 1.3 Hudba v životě člověka

**Hudba** a zvuky neustále obklopují člověka a doprovází ho životem od nepaměti. Hudba je organizovaný systém zvuků. Lidský plod jak píše Marek (2000, s. 20) vnímá zvuk již od třetího měsíce vývoje. Dvouměsíční děti rozeznají výšku a hlasitost tónu a melodii. Ve čtyřech měsících rozeznávají rytmus. Kantor et al. (2009, s. 134) rozlišuje u zvuku čtyři základní vlastnosti – **barvu, výšku, sílu a délku**, které v hudbě udávají – **rytmus, melodii a harmonii**. Od počátků lidstva byla přičítána hudbě schopnost ovlivňovat citění, myšlení a prožívání člověka.

Podle **barvy zvuku** poznáme hudební nástroje nebo hlasy lidí. Příčina odlišnosti barvy zvuku je dána složením tzv. alikvotních tónů. Laboratorní pokusy odhalily, že barva zvuku je nejdůležitější pro neškoleného posluchače. Barva zvuku podporuje zvědavost a zájem klientů. Určité zvuky naopak mohou vyvolávat nečekaně afektivní reakce v pozitivním i negativním směru, např. zvuk smyčcových nástrojů dokáže příznivě ovlivnit stav deprimujících pacientů (Kantor, et al. 2009, s. 135).

**Síla zvuku** je dána energií zvukového zdroje, čím je větší síla zvuku, tím víc energie je potřeba vynaložit. Práh slyšitelnosti je 0 dB (decibelů), práh bolesti je přibližně 130 dB. Nadměrný hluk, ale i absolutní ticho, mají neblahé účinky na člověka. Lidé žijící v hlučném prostředí mají častěji zdravotní problémy, např. vyšší počet srdečních infarktů, neuróz, větší

vyčerpanost a únava. Změna hlasitosti může být prostředkem získání pozornosti, nečekaně silný zvuk může navodit úlek, kdežto slabý něžný zvuk je prostředkem vytvoření příjemné, bezpečné atmosféry (Kantor, et al. 2009, s. 136).

**Délka tónů** má úzký vztah k **tempu** skladby. Tempo nebývá mechanicky přesné. Pro výkyvy v tempu hudby se používá termín *agogika*. Změna fyziologických procesů či emocionálního stavu klienta může způsobit zrychlení nebo zpomalení tempa při improvizaci. Při práci s klienty s pohybovým omezením, např. u osob s Parkinsonovou nemocí, je potřeba přizpůsobit tempo hudby jejich fyziologickému tempu nebo motorickým možnostem (Kantor, et al. 2009, s. 138) .

**Rytmus** můžeme pozorovat nejen v hudbě ale i nehudbních procesech, např. ve střídání ročních období, dne a noci apod. Každý člověk má svůj biologický rytmus. Rytmus se projevuje v činnosti srdce, dechových, spánkových cyklech atd. Nemocný člověk se liší od zdravého rytmitou buněk a dějů uvnitř organismu. V muzikoterapii je rytmus základním výrazovým prostředkem. Specifické využití má rytmus při práci s klienty s centrálními obrnami, ADHD, mentální retardací (Kantor, et al. 2009, s. 139).

Čapková (2010, s. 5) říká: „*Lidské tělo funguje v určitém rytmu, všechno synchronizovaně pulzuje. Stárí a nemoc, zvláště pak onemocnění mozku a jeho řídicích funkcí, tento rytmus rozhodí. Hudba má schopnost naladit tělo podobně, jako ladíme hudební nástroj.*“

**Melodie** je úzce spojena s emocemi a umožňuje vyjadřovat klientům široké spektrum pocitů. Hudební forma, která je člověku nejbližší je píseň. Melodie je tvořena tóny a je organizována do určitého řádu podle stupnic. Nejširší použití má pentatonika a její varianty.

**Harmonie** znamená soulad, souzvuk, souznění. Harmonie je nejčastěji výsledkem současného souznění dvou nebo více tónů, přesto je možné tvořit harmonii i s použitím pouze jediné melodické linky. Harmonie je nejsložitějším hudebním elementem. V terapeutické práci s hudebně neškolenými klienty se používají pouze nejjednodušší způsoby práce s harmonií (Kantor, et al. 2009, s. 141).

Pokud chceme pochopit, jak hudba působí na člověka musíme pochopit **teorii sluchové percepce**. Kantor et al. (2009, s. 143) píše, že teorii funkci slyšení významně svými výzkumy ovlivnil francouzský lékař a ušní specialista Alfred Tomatis. Sluchový aparát má tři hlavní funkce. První dodává člověku prostřednictvím dráždění vláskových buněk ve vnitřním uchu energii. Některé zvuky člověka nabíjí a jiné vybíjí. Druhá funkce je zajištění rovnováhy, které

zajišťuje statokinetické ústrojí ve vnitřním uchu. Teprve jako třetí udává A. Tomatis funkci slyšení. Při svých terapiích dosáhl vynikajících výsledků s nahrávkami Gregoriánského chorálu a Mozartovy hudby.

Hudba byla vždy spojena s náboženstvím, s určitou etnickou skupinou lidí. Byla součástí rituálů, které doprovázely člověka v jeho životě, pomáhala člověku při lovu, v boji, překonávat přírodní síly, komunikovat s božstvy a nadpřirozenými bytostmi. Rituály měly vždy zřetelnou strukturu, periodicitu, pravidla. To vše mělo za úkol psychicky stabilizovat vědomí člověka, navodit pocit jistoty a bezpečí. První zmínka je v Bibli, kdy David zbavil svou hrou na harfu depresivních stavů krále Saula. Jako první soustavnější muzikoterapeut bývá označován Pythagoras, byl jedním z tzv. kánoniků, kteří se orientovali hlavně na akustiku. Pythagoras vytvořil hudebně léčebnou metodu založenou na hudební harmonii mezi vesmírem a vnitřní harmonií člověka. Také Platon a Aristoteles se věnovali léčebným metodám hudby. Koncipovali dva nejdůležitější muzikoterapeutické postoje, co se týče volby prostředků. Platon uvádí etický princip, kdy navozuje žádoucí psychický stav hudbou stejného ladění, naopak Aristoteles uvádí, katarzní princip, kdy žádoucí psychický stav navozuje hudbou opačného, protichůdného ladění. Patřit k určité skupině lidí, kterou spojuje hudba, má velmi velký význam pro psychiku člověka. S tím se setkáváme např. i v rockovém a hippies hnutí v padesátých a šedesátých letech 20. století (Linka 1997, s. 45).

### 1.3.1 Využití hudby u osob se zdravotními problémy

Ačkoliv hudba je součástí lidského života, tak v systému soudobé medicínské péče, se systematicky začala rozvíjet až po druhé světové válce v Americe, kde sloužila při léčbě válečných veteránů. V současné době jsme svědky velkého rozvoje muzikoterapie jako součásti medicínských profesí. Souvisí to s rostoucím významem psychosomatických teorií vzniku nemoci a rozvojem ucelené medicínské péče. Hudba může sloužit jako podpůrný prostředek léčení (např. poslech hudby během dialýzy ledvin), jako rovnocenný partner léčby (např. u respiračních poruch – zpěv), jako primární prevence (např. poslech hudby k redukci bolesti). V medicíně je využívána muzikoterapie k uspokojování fyzických a psychosociálních potřeb pacientů, a to zejména pokud je potřeba dosáhnout redukce bolesti, tolerance lékařských zákroků a zlepšení svalové funkce. Muzikoterapie rozhodně nemůže



nahradit somatickou léčbu, ale usnadňuje uzdravení, snižuje strach a úzkost člověka. Je příčinou zlepšení fyzického i psychického stavu pacienta (Kantor, et al. 2009, s. 60).

V roce 1804 napsal Edwin Atlee spolu s lékařem Benjaminem Rushem *Úvodní esej o vlivu hudby při léčení neduhů*, kde se snažil dokázat, že hudba má mocný vliv na mysl a tělo člověka. V sedmdesátých letech devatenáctého století se v doktoři medicíny a úředníci sledovali v ústavu pro chorobomyslné vliv hudby na pacienty. Uskutečnili sérii terapeutických koncertů. A roce 1899 neurolog James L. Corning vydal první ověřenou studii o využití hudby při léčbě pacientů. Podal ucelenou zprávu o tom, že hudba Richarda Wágnera dokáže snižovat morbidní myšlenky a zlepšuje pacientovy představy a emoce (Campbell 2008, s.116).

Linka (1997, s. 81) píše, že v současné době má hudba v lékařství různé funkce, např. preventivní, diagnostickou, terapeutickou, edukační, analgetickou, sedativně ataraktickou, rehabilitační, rekonvalescenční, stimulační apod. Jako prevence lze hudbu využívat u lidí zdravých, ale i přetížených, přepracovaných, citově strádajících, opuštěných, frustrovaných. Hudba nahrazuje pocit radosti, štěstí, lásky, chybějící mezilidské vztahy, odplavuje depresivní nálady, slouží k udržení duševní rovnováhy. Hudba je mocná tím, že poskytuje rozptýlení, náplň času, odvádí pozornost od potíží a dává životu smysl. Pomáhá jak mladým, tak starým lidem. Při psychologických či psychiatrických vyšetřeních hudba navozuje ovzduší důvěry, napomáhá komunikaci s psychoterapeutem. Klientům pomáhá překonat bojácnost, nesmělost, nedůvěru, málomluvnost, chorobnou uzavřenost. Ve vlastním slova smyslu se léčebně používá hudba hlavně v psychiatrii, pediatrii a dětské psychiatrii. Hudba se uplatňuje při léčení neuróz, koktavosti a dalších řečových vad u dětí i dospělých osob, dyslektického čtení a dysgrafického psaní, u dětí s opožděným vývojem, mentální retardací, u dětí spastických, dále při léčbě autismu, různých fobií, psychóz, při léčbě Alzheimerovy nebo Parkinsonovy nemoci, srdečních arytmií. Muzikoterapeutickou pomocí umírajícím se zabývá Therese Schroeder-Shekerová v nemocnici sv. Patrika v Missoule. Nemocnice používá hlavně zvuku harf. Reprodukovaná hudba se používá často v rehabilitačních zařízeních jako podpůrné metody při nápravných cvičeních pacientů. Hudba člověka motivuje, aktivizuje a zlepšuje náladu. Hudba se osvědčila také jako výchovný prostředek při léčbě etyliků (notorických alkoholiků) a jiných toxikomanů, a při nápravě mladistvých delikventů. Použití hudby při léčebné pedagogické práci s mladistvými delikventy popsal König (Linka 1997, s. 90).

### 1.3.2 Pojem muzikoterapie

Muzikoterapie je obor, který v celém světě prožívá expanzní rozvoj. Také speciální pedagogika je oborem, o který je mezi studenty každého věku zájem. Propojení speciální pedagogiky s muzikoterapií se jeví jako jedna z možných cest úspěšné práce s lidmi s postižením (Beníčková 2011, s. 151).

Název muzikoterapie vznikl z řečtiny a latiny. Latinsky *musica* znamená hudba, řecky *therapeia* znamená léčit, ošetřovat, cvičit, vzdělávat, pomáhat (Kantor, et al. 2009, s. 21). Muzikoterapie by se dala vysvětlit jako terapeutický přístup, který pracuje s výrazovými uměleckými prostředky, a to zejména hudebními.

Definice, které se snaží vysvětlit a objasnit pojem muzikoterapie je mnoho. Pro tuto práci je použita definice Kanadské asociace muzikoterapeutů z roku 1994, kterou uvádí Zeleiová (2007, s. 29): „*Muzikoterapie je kvalifikované a odborné využití hudby a hudebních elementů akreditovaným muzikoterapeutem tak, aby se podpořilo, zachovalo a obnovilo mentální, fyzické, emocionální a spirituální zdraví. Hudba má neverbální, kreativní, strukturální a spirituální kvality. Ty se využívají v terapeutickém vztahu, aby se podpořil kontakt, interakce, sebevědomí, učení, sebevyjádření, exprese, komunikace a osobnostní vývoj. Podle své povahy se muzikoterapie koncentruje na kreativní použití hudby, zaměřuje se na vnitřní rezervy klienta, často nevyužité, aby mu tak dopomohla využít jeho velký potenciál.*“

#### **Formy muzikoterapie**

Muzikoterapeut by na začátku terapií měl společně s klientem rozhodnout, jakou formu muzikoterapie zvolí. Musí zvážit možnosti a dispozice klienta. Základními formami muzikoterapie jsou:

- individuální forma,
- skupinová forma.

*Individuální forma* je určena pro klienty, kteří vyžadují individuální přístup. Muzikoterapeut pracuje s jedním klientem, terapie odpovídá individuální dynamice klienta.

*Skupinová forma* je zvolena pokud klient je schopen se zapojit do skupiny. Terapeut musí dobře znát dynamiku skupiny a specifika odvozená z diagnostických obrazů klientů. Klient je

vtážen do skupinové práce, členové skupiny se navzájem doplňují, předávají si vlastní zkušenosti, společně hledají řešení, prožívají společné emoce (Zelevá 2007, s. 40).

### 1.3.3 Metoda Geneapé

*„Geneapé představuje systémové chápání muzikoterapie jako svébytné terapeutické intervence, s diagnosticko-terapeutickým specifickým využitím hudební informace, která se podílí společně s terapeutickým vhladem, s rozhovorem, s dramatizací a jinými uměleckými prostředky na terapeutickém výsledku.“* (Pejřimovská, et al. 2011, s. 44).

Hlavním cílem metody Geneapé je sledovat a aktivovat klienta jako celek. Geneapé zdůrazňuje, že je třeba sledovat holistický efekt. To znamená sledovat nejen tělesné změny, ale také osobnostní změny – jde o osobnostní posun, ale také zakotvení v realitě (Pejřimovská, et al. 2011, s. 61).

Geneapé vysvětluje terapeutický efekt na základě systémové teorie. Je to svébytná a specifická metoda, kde terapeutickou změnu vyvolává také zvuk a hudba, které nesou samy o sobě informaci s diagnostickým a terapeutickým významem. Terapeutický proces se děje jednak primárním působením hudby a zvuků na somatiku nebo primárním ovlivňováním psychické úrovně. Geneapé považuje terapeutickou změnu za posun k optimálnímu uskutečnění ontologické potenciality člověka - „...člověk se stává tím, kým má být“ (Pejřimovská, et al. 2011, s. 45).

Geneapé zahrnuje:

- *somatickou muzikoterapii*, která se zaměřuje na ovlivňování tělesné stránky člověka,
- *edukační muzikoterapii*, která působí pedagogicky s ohledem na vývoj člověka,
- *klinickou muzikoterapii*, která působí psychoterapeuticky.

V somatické rovině terapie vibracemi, zvukem a hudbou může probíhat bez zvýraznění terapeutického vztahu. Vibrace zvuků a tónů působí na buněčné struktury. Vyšší frekvence, obsažené v alikvotních tónech, stimulují činnost mozku a ve spojení s rytmem, tempem a akcenty na nejen těžkých dobách v taktu, jsou vhodnou hudbou i pro osoby s Parkinsonovou chorobou (Pejřimovská, et al. 2011, s. 47).

Člověk je vnímán jako bio-psycho-socio-spirituální bytost s potřebami, které naplňují tyto oblasti. Bio potřeby se vážou na práci buněk, a to i buněk nervového systému a vztahují se k biologickým funkcím tělesného zdraví, psychická úroveň se váže na pozitivní prožívání vztahů k sobě, druhým a vyvrcholí v konání člověka. Sociální úroveň se naplňuje významem člověka pro druhé a významem druhých pro jedince. Spirituální oblast představuje ideje, které vytvářejí hodnoty smyslu života, které se podílejí na svědomí člověka a vztahují se k hodnocení jak osobnostní historie, tak i k očekávání budoucnosti. Sebeocenení velmi souvisí právě s posledně jmenovanými úrovněmi – psychickou, sociální a spirituální. Podpora sebevědomí, podpora schopností se vyrovnávat s diskomfortem, který přináší omezení nemocí a podpora adekvátního prožívání a hodnocení sebe, druhých a světa, sleduje i muzikoterapie. Dle Geneapé ovlivňování psychických procesů a stavů se realizuje pomocí *edukační a klinické* muzikoterapie. Rozdíl mezi edukační a klinickou muzikoterapií je v zaměření na to, čím a jak ovlivňuje terapeuticky klienta. Edukační a kliničtí muzikoterapeuté pracují s psychickými funkcemi a schopnostmi. Edukační muzikoterapeut se orientuje na zdravé složky osobnosti a klinický muzikoterapeut pracuje s intrapsychickou dynamikou i v rámci psychické poruchy. Je nutné, aby edukační muzikoterapeut nešetrným zacházením nenastartoval dekompenzaci a prohloubení potíží, a aby případný nástup psychické poruchy nebo dekompenzace uměl včas zaregistrovat a svého klienta předat do péče medicínským a klinickým pracovníkům (Pejřimovská, et al. 2011, s. 48).

### 1.3.4 Hudba a Parkinsonova nemoc

V literatuře, jak píše M. Grun et al. (1998, s. 253) se objevují zmínky o muzikoterapii a jejich účincích na osoby s Parkinsonovou nemocí v roce 1986, kde V. Cosgriff, C. Canning seznámili veřejnost s projekty fyzioterapeutů a muzikoterapeutů, jejichž hlavním cílem bylo sledovat účinek hudby na stimulaci a regulaci pohyblivosti. Závěrem těchto prací bylo zjištění, že hudba má pozitivní účinek na chůzi, řeč a také tremor pacientů a pozitivní účinek byl sledován i v duševní oblasti. O. Pacchetti ve své studii, kde pacienti absolvovali jednou týdně po dobu tří měsíců léčbu hudbou, zaznamenal též zřetelné zlepšení motorických funkcí, zvláště v akineze a psychického stavu. Pomocí jiných metod, ale se stejnými výsledky přišel T. Thaut v roce 1996. Zkoumal účinek rytmu hudby na koordinaci, rytmicitu, pohybovou kontrolu a přípravu k pohybu. Terapie trvala tři týdny a obsahovala třicet minut chůze, výstup po schodech a střídání stoje a chůze denně, při poslechu hudby v 2 nebo 4/4 taktu. Velmi brzy

se u pacientů zlepšila rychlost a délka kroků a zlepšení přetrvávalo i po ukončení terapie (Grun, et al. 1998, s. 31).

Náš nervový systém, jak píše Čapková (2010, s. 5), má schopnost se automaticky při poslechu hudby přizpůsobovat rytmu. Odborníci se domnívají, že u pacientů s Parkinsonovou chorobou při zpomalení pohybu, při dyskinezách, při potížích s nastartováním pohybu, hudba může být spouštěčem činnosti neuronů, které převádějí rytmus do organizovaného pohybu. Hudba dokáže v CNS obnovit část starých spojů, vytvářet nové spoje místo těch, které nemoc poničila. Postižení Parkinsonici sami popisují zmenšení ztuhlosti, lepší pohyblivost, větší jistotu při pohybu, méně pádů při poslechu rytmické hudby. Hudba působí stejně jako dopamin, aktivuje motorický systém, ale většinou jen po dobu, co hudba hraje. Proto L. Čapková doporučuje začleňovat hudbu do denního režimu pravidelně. MuDr. Ludmila Čapková pracuje již delší dobu s osobami s Parkinsonovou nemocí. Vytvořila pro své klienty „Hudební jídelníček“, který sestává z různých aktivit, např. ranní broukaní, rozvibrování těla, rytmizace řeči, repování, poslech skladeb W. A. Mozarta a A. Vivaldiho či Gregoriánského chorálu.

Rytmická hudba podle MuDr. L. Čapkové má moc sladit činnost CNS a svalů:

1. Usnadní cvičení i denní aktivity, a tím zachová hybnost kloubů, páteře, dobrou svalovou kondici.
2. Pomůže udržet pohybovou paměť, která je ohrožena věkem, nemocí i vysedáváním.
3. Obstará postrk, který je potřebný, aby se klient rozešel, aby dokončil započatou práci fyzickou i duševní.
4. Tím vším rozhodně prodlouží léta pohyblivosti, kterou nemoc ohrožuje.
5. Samozřejmě ovlivní psychiku, sníží nervozitu, bolest, pomáhá v samotě.

Rytmus dokáže cvičení usnadnit, ale hudba zvyšuje také hladinu endorfinů, a tím pozvedne chuť do života a zlepší náladu. Lidský mozek je schopen až do vysokého věku se učit, jenom se k tomu musí nutit. Každý si musí vybrat svou hudbu, hudbu která ho popostrčí k aktivitě a učení. V posledních letech ve světě přibývá kurzů cvičení, bubnování nebo tanců, které vedou muzikoterapeuti zaměřením speciálně na Parkinsoniky. Pacient musí potom pokračovat sám v pravidelném a dlouhodobém cvičení či tanci spojeném s hudbou (Čapková 2010, s. 6).

## 2 Empirická část

### 2.1 Cíl empirického šetření a stanovení předpokladů

**Cílem bakalářské práce je charakterizovat možnosti hudby při péči o osoby s Parkinsonovou chorobou a zjistit vliv hudby na tyto osoby.**

Tato práce byla v první řadě orientována na sledování zlepšení motorických funkcí, na schopnost samostatného provádění hudebních aktivit u osob s Parkinsonovou nemocí a v druhé řadě na prožívání klienta a jeho psychosociální aktivitu.

V podkapitole *Obraz sledovaného klienta v případové studii* budou popsány motorické i non-motorické potíže klienta, kterého autorka práce sledovala ve skupině i individuálně, a to i v domácím prostředí. Popis práce s klientem je prováděn takovou formou, kdy klient je znečitelněn, aby konkrétní osoba nebyla pro čitatele identifikovatelná. Klient zůstává v anonymitě. Autorka práce pracovala individuálně s jedním klientem, ale zároveň se podílela na vedení a sledování celé skupiny.

Cíl stanovený pro empirické šetření byl rozveden do dvou předpokladů.

#### **Předpoklady:**

- 1. Předpokládáme kladný vliv hudby na osoby s Parkinsonovou chorobou.**
- 2. Předpokládáme, že pravidelně prováděné hudebně-reedukační aktivity budou mít u osob s Parkinsonovou nemocí vliv na zlepšení motorických funkcí.**

Využití hudby v životě nemocného Parkinsonovou nemocí představuje poměrně komplexní problematiku, a proto v empirickém šetření bylo využito především kvalitativních, tak kvantitativních postupů.

### 2.2 Použité metody

V této práci je akcent postaven na metody kvalitativní povahy, nicméně kvantifikační postupy jsou zastoupeny také, a to ve srovnávání sumarizovaných pozorování klientky autorkou práce i ostatních členů pracovního týmu. Metody **pozorování, rozhovoru a vedení programu skupin**, byly hlavními použitými metodami.

**Rozhovor** podle Švingalové (2004, s. 22) patří mezi explorativní metody, které spočívají v ústním nebo písemném dotazování. Rozhovor je prostředkem k zjištění a formulaci problému klienta. Zjišťujeme nejen to, co klient potřebuje, ale také to, co je schopen a ochoten přijmout. Rozhovor slouží k vytvoření vztahu, k navázání spolupráce.

Rozhovor podle Vágnerové (2007, s. 15): „...je metodou, která může sloužit k získání nejrozumnějších informací, např. subjektivních pocitů, prožitků, znalostí, názorů a zkušeností různých lidí“.

**Metoda pozorování** podle Vágnerové (2007, s. 13): „...umožňuje zachytit standardní projevy chování, které jsou vrozené i vývojově podmíněné.“

Autorka práce sledovala jednoho klienta po dobu 10 měsíců při hudebních činnostech v rámci skupiny a v hudebních činnostech, které probíhaly v domácím prostředí. Klient zaznamenával pomocí vedení zápisů své hudebně pohybové činnosti. Během skupinových setkání byl prováděn videozáznam. Ten byl zdrojem informací, podle kterých bylo možné hodnotit kvalitu motoriky a ostatních projevů klienta. K tomu, aby bylo zjištěno prožívání klienta, byla použita forma **rozhovorů a pravidelného písemného kontaktu**.

Použité metody – **hudební aktivity skupinové a individuální a psychosociální podpora**, která byla prováděna formou pravidelných setkávání se ve skupinách a formou telefonického a emailové ho kontaktu během týdne.

Stěžejní metoda se vztahuje k potřebě popsat prožívání a chování klienta především v jeho motorických projevech. Byla zvolena, jako vedoucí metoda – **metoda případové ilustrace**, která je obohacena metodami dalšími.

Samotná práce v rámci hudebních aktivit představovala formu **edukační muzikoterapie – nalézání receptivních hudebních aktivit a hudební, pohybové a taneční produkce**. Samotné hudební aktivity můžeme včlenit do **expresivních postupů**. Konstituování individuálních muzikoterapeutických aktivit, které představovaly expresivní postupy se opíralo o poznatky nám předaných Mudr. L. Čapkovou, která pracovala úspěšně s osobami s Parkinsonovou nemocí a hudbou (přednáška Praha – září 2011). Posléze byly nacházeny expresivní hudební postupy, které specificky vyhovovaly sledovaným klientům, a ti se na jejich tvorbě spoluúčastnili. Postupy byly supervidovány s lékařem a muzikoterapeutem – supervizorem.

Projevy nemoci jsou u osob s Parkinsonovou nemocí velmi individuální, proto se časem ukázalo že není možné, aby stanovení individuálních muzikoterapeutických aktivit bylo pro všechny klienty unifikované. Stanovení považujeme za expresivní metodu, totéž platí i pro techniky a metody ve skupinové muzikoterapii. Autorka práce se v této 10 měsíční činnosti pracovala v roli muzikoterapeuta – studenta pod supervizí.

## 2.3 Popis zkoumaného vzorku

Praktická část se zabývá průzkumem, který probíhal se skupinou osob s Parkinsonovou nemocí během přibližně 10 měsíců, od února do listopadu 2011. Motivací pro uskutečnění těchto hudebních setkání byla přednáška MuDr. Ludmily Čapkové, která úspěšně pracovala s osobami s Parkinsonovou nemocí v oblasti muzikoterapie. Hudebních setkání se zúčastňovali lidé s Parkinsonovou chorobou na základě dobrovolnosti, a to ve spolupráci s Klubem Parkinsoniků a s neurologickým pracovištěm. Zpočátku skupinu tvořilo přibližně 10 klientů. Postupem času vzhledem k náročnosti, a to zejména s časovým nárokem nutnosti pravidelných 14 denních setkání, se skupina ustálila na počtu 6 členů, z toho 2 muži a 4 ženy. Věkové rozmezí skupiny klientů bylo 50 – 75 let.

## 2.4 Průběh průzkumu

Hudba působí na člověka od jeho narození. Jak může hudba ovlivnit projevy motorické či non-motorické u osob s Parkinsonovou nemocí je oblast zatím málo prozkoumaná. Projekt, kterého se autorka zúčastnila, je zaměřen na zlepšení pohybových a psychických možností osob s Parkinsonovou nemocí pomocí hudby. V průběhu projektu se klienti zapojili do hudebně-reedukačních lekcí. Cílem bylo sestavit individuální hudební aktivity pro každého klienta, a tím posílit jeho schopnosti sebevyjádření a sebereflexe, což by mělo vést k optimalizaci motoriky, duševního vývoje a zkvalitnění jejich života. Během hudebních setkání se skupina ustálila na počtu šesti klientů, která pravidelně pracovala v rámci hudební reedukace s muzikoterapeutickými aspekty jednou za 14 dní, po dobu deseti měsíců.

Tohoto projektu se zúčastnili studenti v roli muzikoterapeutů, kteří pracují pod supervizí. Z tohoto hlediska je v této práci pojem muzikoterapeut vnímán s dílčími kompetencemi



a jejich omezeními. Muzikoterapeut je veden jak odborně muzikoterapeuticky, tak speciálně pedagogicky a své kompetence tak získává pro poměrně úzkou a cílenou oblast.

Každý student vede individuálně jednoho člena skupiny a současně se podílí na vedení skupiny klientů při hudebně-reedukačních aktivitách.

Studenti se zúčastňovali lekcí podle předem dohodnutého schématu, střídali se a vzájemně si po celou dobu předávali informace o průběhu setkávání.

Po úvodní hodině jsme si předali kontakty a každý ze studentů komunikoval se dvěma klienty individuálně pomocí telefonního kontaktu či přes internet. Jednotlivá setkání byla zaznamenána na videozáznam. Veškerá fakta jsou získána při osobním rozhovoru při hudebně-reedukačních sezeních či telefonních a internetových rozhovorech. Postupně jsme se seznamovali s metodami a technikami hudební reedukace i se specifickou problematikou sledovaných klientů.

Úvodní hudební setkání byly vedeny muzikoterapeutem – supervizorem, ale postupně aktivitu přebírali studenti a pravidelně si připravovali hudební aktivity, které realizovali pod supervizí. Postupem času byli stále více aktivní i sami klienti, zejména v utváření programů jednotlivých setkání.

#### 2.4.1 Program z pohledu skupinového dění

Od samého začátku probíhala hudební setkání ve velmi příjemné atmosféře. Na hudební lekce se dostavili lidé, kteří se rozhodli své nemoci nepodlehnout, ale naopak s ní bojovat všemi prostředky. Jsou to lidé naplnění životní energií, kterou je možné vnímat. Jsou to lidé, kteří si často nedokáží představit průběh nemoci, zmáhá je úzkost a nepřiměřený strach z vývoje choroby a s tím spojené duševní problémy. Každodenně zápasí s tělesnými obtížemi, skepsí a nejistotou z budoucnosti. Prožívají tísně a obavy z přijetí sociálním prostředím, mají obavy z partnerského života. Přesto hledají způsoby, jak se naučit se svou nemocí žít.

Většina lidí přišla na hudební lekce s očekáváním něčeho nového, zajímavého, s očekáváním zlepšení své motoriky a psychických problémů. Klientům byl předložen a vysvětlen „Hudební jídelníček“ Mudr. Čapkové. Většina z nich projevila velký zájem o nové poznatky této strategie a vědy, které se zabývají působením hudby na motorické projevy osob s Parkinsonovou nemocí. A s velkým nasazením se pustila do práce na projektu.

Zjistit způsob, jak by každému z nich mohla hudba pomoci, se pro ně stal novým cílem a možná i smyslem života.

Skupina klientů byla od samého začátku velmi aktivní. Prvotním úkolem pro studentky bylo získání důvěry klientů pro tyto aktivity. Sama účast ve skupině, ve které panuje důvěrná atmosféra, je pro mnohé lidi přínosná svým vlivem na jejich psychiku. Snažili jsme se nastolit atmosféru bezpečí, kontinuity, jistoty, vytvořit prostředí naslouchající a chápající. To vše je úkol nemalý, vzhledem k různorodosti jednotlivých osobností.

Je nutné respektovat nejen osobnost člověka po jeho tělesné a psychické stránce, ale je také nutné přihlížet k jeho zájmům a zálibám. Každý člověk by měl být přijat takový jaký je, s vlastními myšlenkami, pocity, schopnostmi prožívání. Vyvážit péči ve skupině o jednotlivé jedince, kteří mají své povahové rysy, bylo důležitým úkolem. Parkinsonici jsou totiž hašteřiví, a to je velmi závažné úskalí při vedení skupiny.

Postupně se vytvářela důvěra, ale také se objevily problémy mezi dominantními členy skupiny a submisivními. Mezi nejaktivnější a nejprůbojnější členy skupiny patřili pan Karel a tanečně nadaná paní Anna. Karel vybíral zpočátku velmi vkusně hudbu pro jednotlivé lekce. Později, stále více zařazoval hudbu, kterou skládá nebo kterou má rád. Jsou to písně rockové z sedmdesátých a osmdesátých let minulého století, a písně s vlastními texty, které jsou naplněné emocemi, vlastními prožitky, ale zároveň většinou působí depresivně. Tento druh hudby se nesetkal s kladným přijetím od ostatních klientů. Ostatní lidé ve skupině prosazovali své názory a diskuze vyvrcholila rozkoem mezi skupinou a Karlem, který je podporován Annou. Karel je velmi nepřístupný názorům ostatních. Karel a Anna měli výhrady také k průběhu a náplni jednotlivých lekcí. Oba mají k sobě blízký vztah, který je založen na stejném chápání a prožívání hudby. Karel to komentuje slovy: *„V tomhle jsme se náhodou strefili s Annou, která je jediná osoba mé generace široko daleko, která má k hudbě, poezii a umění vůbec nejstejnější vztah a vkus.“* Podle slov Karla: *„Je to blues, co doopravdy funguje, když svůj smutek vyzpívám, překonám ho.“* Oba zpočátku odmítli i navrhované hudební aktivity. Došlo k první krizi ve skupině.

Vyrovnání skupinové dynamiky trvalo poměrně dlouho. V dalších lekcích byl dán prostor Karlovi a jeho konceptu rytmicky organizačně-uspořádající muzikoterapie. A také paní Anně, která prosazuje muzikoterapii emočně-výrazovou. Důvodem bylo různé pojetí prožívání u těchto členů skupiny. Pan Karel je fascinován rytmem. Paní Anna je vysoce výrazově

nadaná a činnosti vedené Karlem vnímá jako pro sebe autentické. Do setkání byla zařazena skladba „Srdce udává rytmus“ – vlastní návod Karla, jak se naučit prožívat hudbu. Aktivitu pana Karla byly kvalifikovány většinou klientů jako těžké a téměř neproveditelné. Postupně návštěvy pana Karla na skupině řídly až svou účast ukončil. Anna začala zařazovat své etudy na rozvoj emočního prožívání. Do hudebních lekcí bylo zařazováno vyprávění a zážitky klientů z předešlých dnů. Jednotliví členové skupiny se svěřovali nejen s příjemnými zážitky, ale také s problémy a starostmi každodenního života. Ostatní se učili naslouchat, pochopit, být empatičtí. Cílem této změny bylo více pochopit nitro každého jednotlivého klienta, lépe vnímat sám sebe i životní realitu ostatních. Poté se začali prosazovat submisivní členové skupiny a vytvořili velice schopnou a systematicky pracující skupinu. Úspěchem bylo vytvoření soudržnosti skupiny, což ovlivnilo následně zájem o motoriku a hudební aktivity společné i prováděné v domácím prostředí. K větší soudružnosti skupiny přispěla také společná akce – výstup na horu Říp, v rámci Dne Parkinsoniků, kterou připravilo Sdružení osob s Parkinsonovou nemocí. Této akci se zúčastnili i studenti. Skupina se rozhodla, že zůstane pohromadě, v této chvíli byla již vytvořena výrazná koheze mezi ostatními členy skupiny.

Podporovali jsme snahu lidí k seberealizaci skrze sebevyjádření k sebeprojevení. Časem se nám podařilo, že se lidé více otevřeli, sdělovali bez zábran informace o sobě i své rodině, informace a zážitky vysoce soukromé, se kterými se „člověk jen tak někomu nesvěří“. Jsou to i skutečnosti, za které se klient stydí. Zejména pro muže je to hrdost, která jim nedovolí vyjádřit své emoce.

Na konci června, po čtyřech měsících společné práce, jsme pod dohledem pana Mudr. Duška sestavili pro každého člena skupiny poměrně trvalý segment – individuální hudební aktivity. S klienty jsme domluvili formu provádění hudebních aktivit i způsob záznamu cvičení. Domluvili jsme se také na formě, jak budou studenti kontrolovat provádění jídelníčku u jednotlivých klientů. Klienti své aktivity zaznamenávali do tabulky vytvořené studentkami. Mezi klienty a studenty docházelo ke kontaktu pomocí telefonu nebo e-mailu, a to většinou dvakrát týdně.

## 2.4.2 Jednotlivec v kontextu skupiny

Tato kapitola bude věnována jednotlivým členům skupiny. Klienti budou popsáni z hlediska:

1. motorických projevů (příznaků),
2. psychosociální potřeby (signály, které poukazují na psychosociální potřeby),
3. samostatné aktivity v rámci hudebních aktivit.

### **Hodnotící škály**

*Oblast motoriky, přítomnost symptomů* – porovnáváním motorických příznaků mezi jednotlivými členy skupiny byly týmem edukátorů a supervizorů stanoveny počáteční body vyjadřující projevy motorických příznaků u jednotlivých členů skupiny. Výkyvy klienta v čase jsou směrem k bodu 5 či 1 hodnoceny pomocí ratingové metody (Skopal, et al. 2007, s. 49). Výkyv nad 5 znamená takovou manifestaci příznaků, že člen skupiny není natolik mobilní, aby se dostavil na skupinu. Výkyv pod bod 1,5 – znamená jedince bez přítomnosti příznaků choroby.

*Uvědomění psychosociálního významu skupiny* – pomocí grafické posuzovací škály edukátor dle svých pozorování, zápisků z rozhovorů zaznamenává psychosociální uspokojení klienta, a to pomocí číselných údajů následujícím způsobem: od 3-5 znázorňuje míru vlastní potřeby psychosociálního uspokojení klienta, kterou klient vnímá, ale doposud nemá zkušenost, že skupina je jistícím psychosociálním prostorem (k uspokojování psychosociálních potřeb). Bodové hodnocení od 3-1 znázorňují míru vlastní potřeby psychosociálního uspokojení klienta, kterou klient vnímá a má zkušenost, že skupina je jistícím psychosociálním prostředím (má zkušenost, že skupina uspokojuje psychosociální potřeby).

*Samostatnost klienta* – zde je použita Likertova škála (Skopal, et al. 2007, s. 50) a míra samostatnosti je zaznamenána takto:

1. naprosto nesamostatný,
2. nesamostatný
3. ani nesamostatný, ani samostatný,
4. samostatný,

5. velmi samostatný.

Následující část práce předkládá výsledky pozorování sumárně v grafech. Grafy nám umožní i další a vyšší stupeň sumarizace, a to v nalézání vztahů mezi jednotlivými úrovněmi (1-3), což vytvoří obsah k sumarizaci výsledků empirického šetření.

Pro rychlejší orientaci je u jednotlivých grafů popis škál připomenut tabulkou „hodnotící škály“ u každého grafu.

### **Sledování klientů**

#### **Pan Miloš**

Pan Miloš je sedmdesátiletý muž, který působí klidným, vyrovnaným dojmem. Při hudebních lekcích byl velmi aktivní, zúčastnil se všech setkání, a svým příkladem při hudebních lekcích působil kladně na ostatní členy skupiny.

U pana Miloše se vyskytují viditelné motorické příznaky Parkinsonovy nemoci. Je to zejména třes, který je nejnapadnější na horních končetinách, zejména na prstech, někdy se objevuje třes hlavy, který je způsoben šíjovými svaly. Objevují se i křeče, záškuby, mimovolní pohyby, nad kterými klient nemá kontrolu. U klienta je také výrazná hypomimie, tzv. maskovitý obličej. Mimika je strnulá, nevýrazná. Řeč klienta je dysartrická, mluvní projev je zpomalen, někdy je hůře srozumitelný.

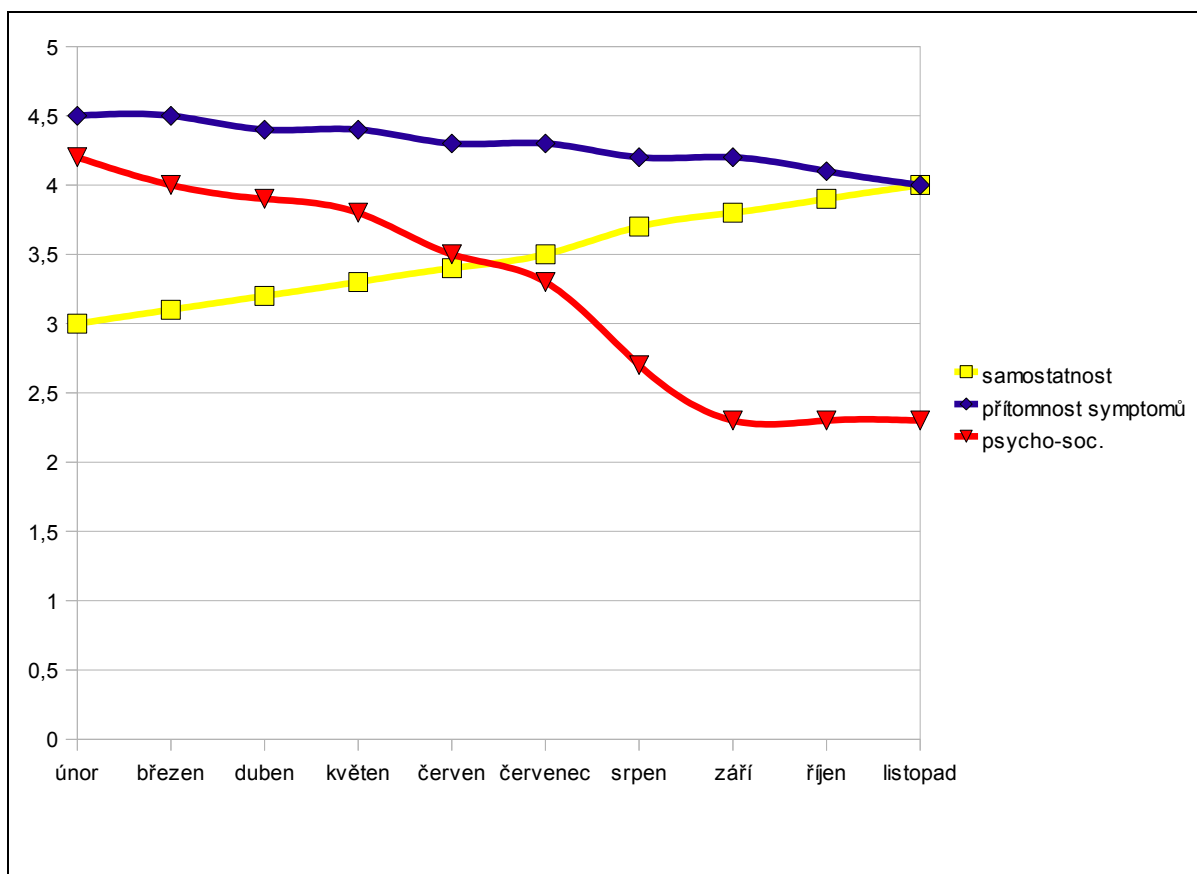
Pan Miloš zpočátku patřil mezi submisivní členy skupiny, který potřeboval vysokou míru psychosociální podpory. Ale později se stal tím, kdo držel svými aktivitami skupinu pohromadě. Na setkání nosil dárky (fotografie květin, obrázky) všem přítomným. Svým přístupem k hudebním aktivitám a svou lidskostí k ostatním klientům podpořil kladné psychosociální prostředí.

**Tabulka č. 1: Klient Miloš – hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců**

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
Přítomnost symptomů	4,5	4,5	4,4	4,4	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1	4,0
uvědomění psychosociálních o významu skupiny	4,2	4,0	3,9	3,8	3,5	3,3	2,7	2,3	2,3	2,2
samostatnost	3,0	3,1	3,2	3,3	3,4	3,5	3,7	3,8	3,9	4,0

**Tabulka č.2: Klient Miloš – hodnotící škály**

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší	<			nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší	>			nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



**Graf č. 1: Klient Miloš – sledované linie v průběhu deseti měsíců**

Graf č.1 znázorňuje u klienta Miloše postupné přijímání podpory a zapojování do společných aktivit i provádění individuálních domácích aktivit. Během roku dochází k uvědomění psychosociální podpory, která je způsobena vzniklou soudružností skupiny během letních měsíců. Zároveň dochází k zvýšení sebevědomí klienta a samostatnosti v provádění hudebních aktivit.

Objevuje se také mírné zlepšení motorických funkcí. Postupně se zmírňuje třes rukou, podpořila se jeho pohybová jistota, především v chůzi.

## Paní Ema

Paní Ema je velice klidná a příjemná žena, která je postižena Parkinsonovou nemocí přibližně tři roky. Je velice inteligentní. Studuje Univerzitu třetího věku. Hudba jí doprovází po celý život, pochází z hudební rodiny, a proto věří v léčivé účinky hudby. Ráda tančí, má ráda jazz.

Motorické příznaky nejsou viditelné, stěžuje si na třes levé ruky a svalovou ztuhlost při spánku. V obličeji se objevuje hypomimie, řeč je monotónní a nevýrazná.

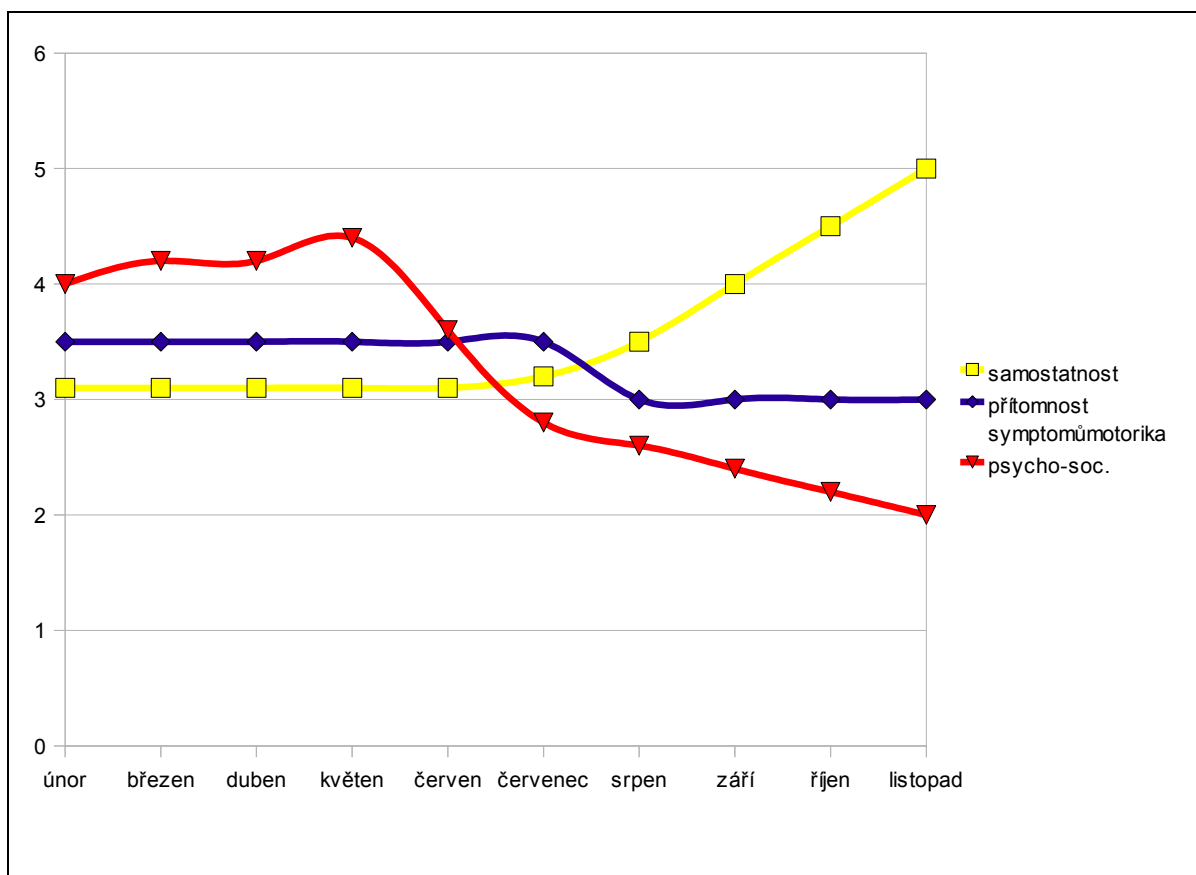
Zpočátku paní Ema přijímala pasivně individuální hudební aktivity, ale časem sama nabízela hudební činnosti, zejména poslechového charakteru. Po té se do všech hudebních činností ochotně a s nadšením zapojovala. Svým příkladem, aktivitou, spolehlivostí a samostatností vnášela do skupiny klid, pohodu a chuť do práce.

**Tabulka č. 3: Klientka Ema – hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců**

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
přítomnost symptomů	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,0	3,0	3,0	3,0
uvědomění psychosociálního významu	4,0	4,2	4,2	4,4	3,6	2,8	2,6	2,4	2,2	2,0
samostatnost	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,2	3,5	4,0	4,5	5

**Tabulka č. 4: Klientka Ema – hodnotící škály**

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší	<			nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší	<			nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



**Graf č. 2: Klientka Ema – sledované linie v průběhu deseti měsíců**

Tento graf ukazuje počáteční vysokou míru nedůvěry klientky. V období rozkolu ve skupině bylo potřeba zvýšit psychosociální podporu z důvodu setrvání v průzkumu. Po odchodu jednoho z nejdominantnějších členů skupiny se paní Ema se začala prosazovat ve skupině. Ve stejném čase se zvýšila její samostatnost a aktivita v hudebních činnostech a zároveň se zlepšila motorika, zejména stabilita a synchronizace pohybů.



## Paní Jana

Paní Janě je 67 let. Zpočátku se paní Jana ve skupině držela stranou. Působila na ostatní tichým, plachým až stydlivým dojmem. Hudební aktivity ve většině případů jen pozorovala.

Paní Jana trpí Parkinsonovou nemocí již několik let, proto motorické příznaky jsou rozsáhlé. Nejnápadnější je rigidita a bradykineze. U klientky pozorujeme semiflekční držení trupu, které je typické pro osoby s Parkinsonovou nemocí. Rigidita se projevuje zejména na dolních končetinách. Z toho vyplývají posturální problémy, zejména v udržení stability. Chůze je u paní Jany charakteristická drobnými, šouravými kroky. Objevuje se „freezing“. U klientky je výrazná hypomimie, v oblasti řeči byla pozorována hypofonie a aprosodie. Hlas klientky byl tichý, nevýrazný, setřelý. Z non-motorických příznaků byly pozorovány potíže s koncentrací pozornosti, a to zejména v situacích, které vyžadovaly řešení problému.

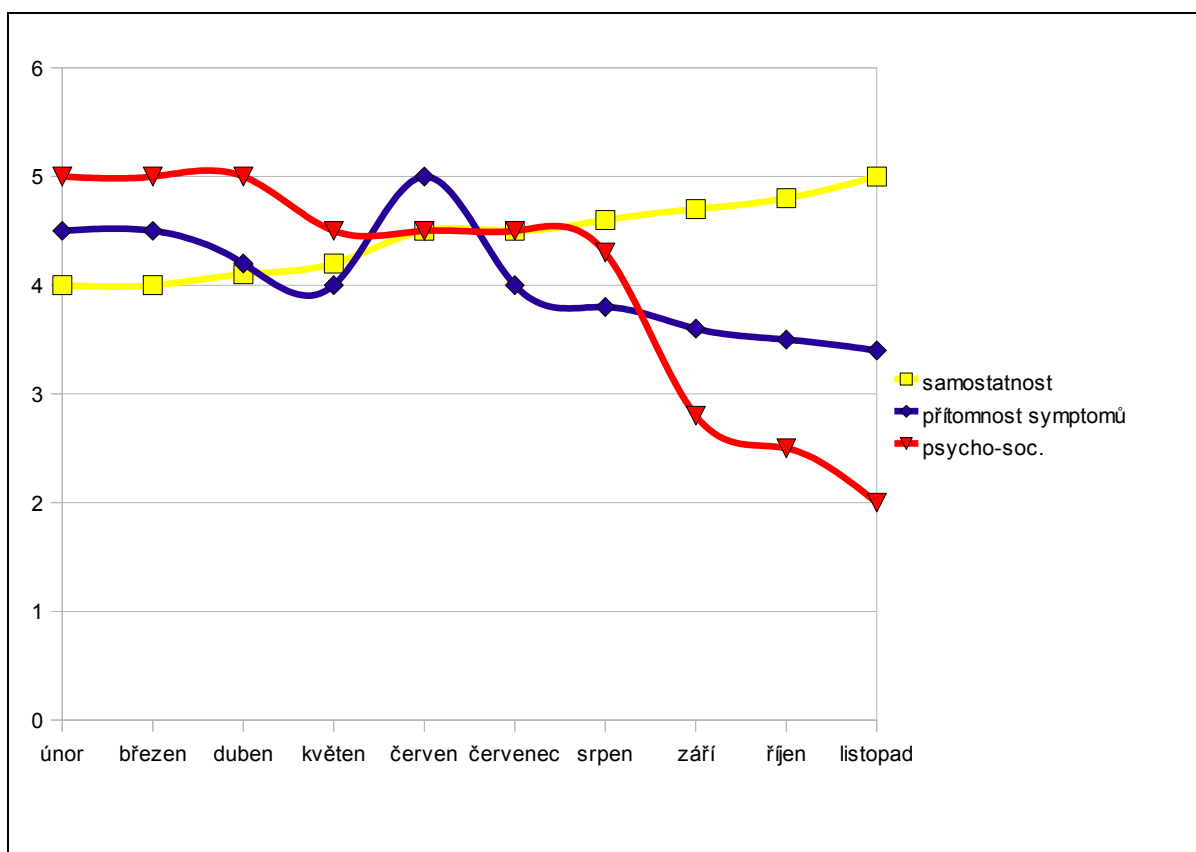
Paní Jana se zodpovědně zúčastňovala všech hudebních lekcí, přestože jí docházení na aktivity dělá problémy. Při společných činnostech se u ní často projevovala velká únava, která byla způsobena problémy s udržením stability.

**Tabulka č. 5: Klientka Jana – hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců**

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
přítomnost symptomů	4,5	4,5	4,2	4,0	5,0	4,0	3,8	3,6	3,5	3,4
uvědomění psychosociálního významu skupiny	5,0	5,0	5,0	4,5	4,5	4,5	4,3	2,8	2,5	2,0
samostatnost	4,0	4,0	4,1	4,2	4,5	4,5	4,6	4,7	4,8	5,0

**Tabulka č. 6: Klientka Jana – hodnotící škály**

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší	<			nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší	<			nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



**Graf č. 3: Klientka Jana – sledované linie v průběhu deseti měsíců**

Zpočátku u paní Jany byla nutná vysoká psychosociální podpora, neboť trpěla psychickými problémy, které se projevovaly především úzkostnými pocity a depresemi. Časem získala paní Jana ke studentům důvěru a její uzavřenost byla prolomena. Hovořila otevřeně o svých rodinných problémech, nabídla nahlédnutí všem zúčastněným do svých osobních i rodinných problémů. Podpora ze strany doprovázejících studentů pro ni byla impulsem k zvyšování sebedůvěry, k sebeprosazování. Samostatnost a aktivita klientky s přibývajícím sebedůvěrou postupně stoupala.

Motorické projevy jsou u paní Jany ovlivněny jejím zdravotním stavem. Přesto se ukazuje zlepšení. U paní Jany se upravila mimika obličeje, upravila se monotónní řeč, stabilita a plynulost pohybů, jistota lokomoce.

## Paní Diana

Paní Diana je ze skupiny nejmladší, je jí 55 let. Zpočátku působila nerozhodným, nervózním až plachým dojmem a hudebních aktivit se zúčastňovala jen omezeně, seděla bokem od ostatních.

Příznaky u této klientky jsou výrazné. Je to zejména rigidita, potíže s udržení rovnováhy a „freezing“. Dále je to zrychlování, které se projevuje nejen v chůzi, ale také v řeči. Řeč je proto zrychlená, překotná až nesrozumitelná. U paní Diany se objevuje hypomimie.

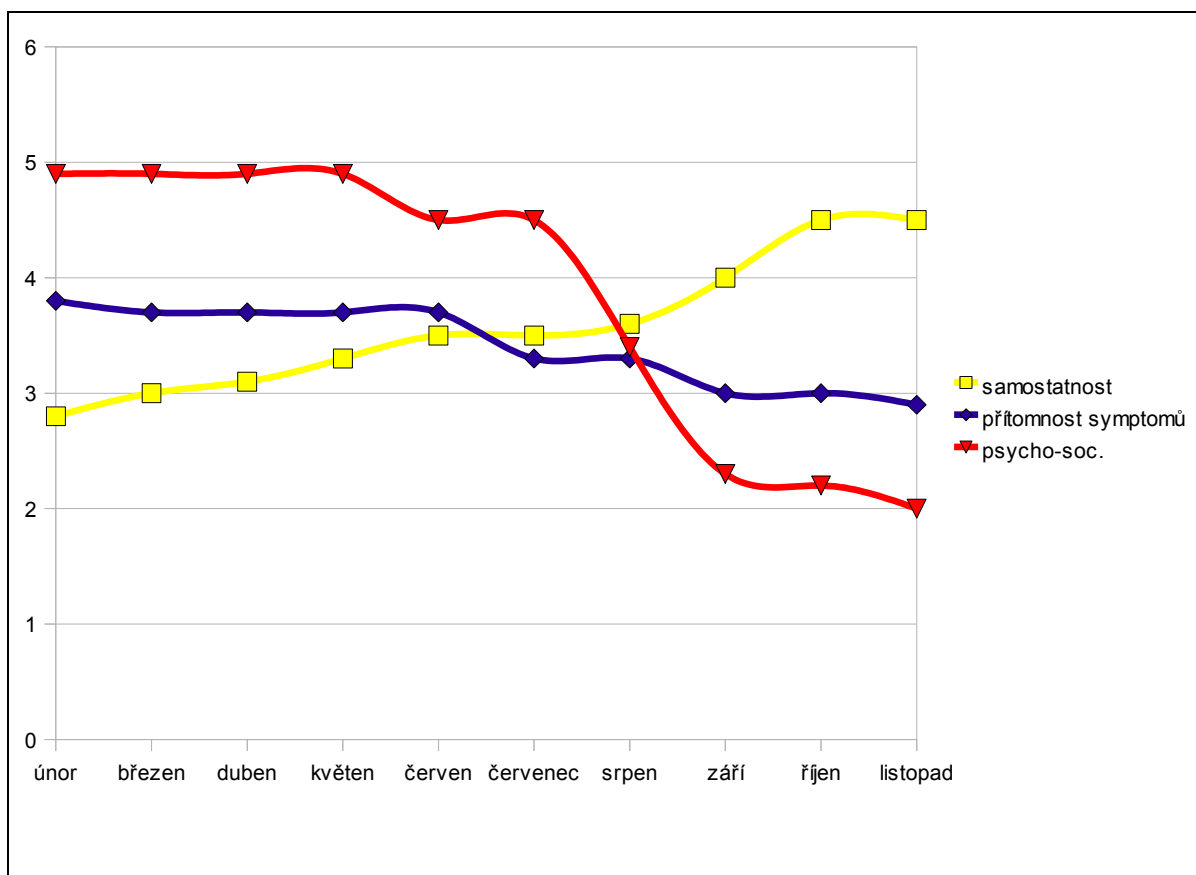
Paní Diana patřila zpočátku mezi submisivní členy skupiny, přijímala pasivně dění ve skupině. Postupně však získávala jistotu, zapojovala se aktivně do činností nejen na společných setkáních, ale také v samostatných hudebních aktivitách v domácím prostředí. Paní Diana do skupiny vnášela radostnou uvolňující náladu. Pro všechny klienty vyráběla přáníčka, která byla potěšením pro každého z nich.

**Tabulka č. 7: Klientka Diana – hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců**

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
přítomnost symptomů	3,8	3,7	3,7	3,7	3,7	3,5	3,5	3,2	3,2	3,2
uvědomění psychosociálního významu skupiny	4,9	4,9	4,9	4,9	4,5	4,5	3,4	2,3	2,2	2,0
samostatnost	2,8	3,0	3,1	3,3	3,5	3,5	3,6	4,0	4,5	4,5

**Tabulka č. 8: Klientka Diana – hodnotící škály**

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší	<			nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší	<			nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



**Graf č. 4: Klientka Diana – sledované linie v průběhu 10 měsíců**

Míra potřeby psychosociální podpory u paní Diany je na počátku hudebních setkání jedna z největších mezi klienty. Uzavřenost a otažitost klientky byla překonána až po delší době. Víra v projekt se objevila až v letních měsících po jejím rehabilitačním pobytu pro osoby s Parkinsonovou nemocí. Vyrůstající samostatnost a aktivita v provádění hudebních aktivit ovlivnilo uvědomění si psychosociální podpory a kladně se odrazily také v zlepšené motorice klientky, zejména se snížily projevy tachyfarmie při rytmických hudebních činnostech a palilalie. Zlepšila se svalová ztuhlost zejména v dopoledních hodinách. Její řeč se stávala srozumitelnější, klidnější a jistější.

## Paní Anna

Paní Anna je jedním z nejaktivnějších a nejdominantnějších členů skupiny. Je jí 80 let, je velmi pohybově a herecky nadaná. Celý život se věnuje hudbě, tanci, herectví. Určuje veškeré dění a náladu ve skupině. Její odmítnutí „hudebního jídelníčku“ bylo příčinou rozkolu ve skupině.

Motorické příznaky u ní nebyly tak patrné, ač Parkinsonovou nemocí trpí již mnoho let. Sama si stěžuje na problémy se stabilitou a svalovou ztuhlost. Tato žena je velice aktivní v osobním i veřejném životě. Sama velice aktivně organizuje akce pro osoby s postižením, zejména pro osoby s Parkinsonovou nemocí.

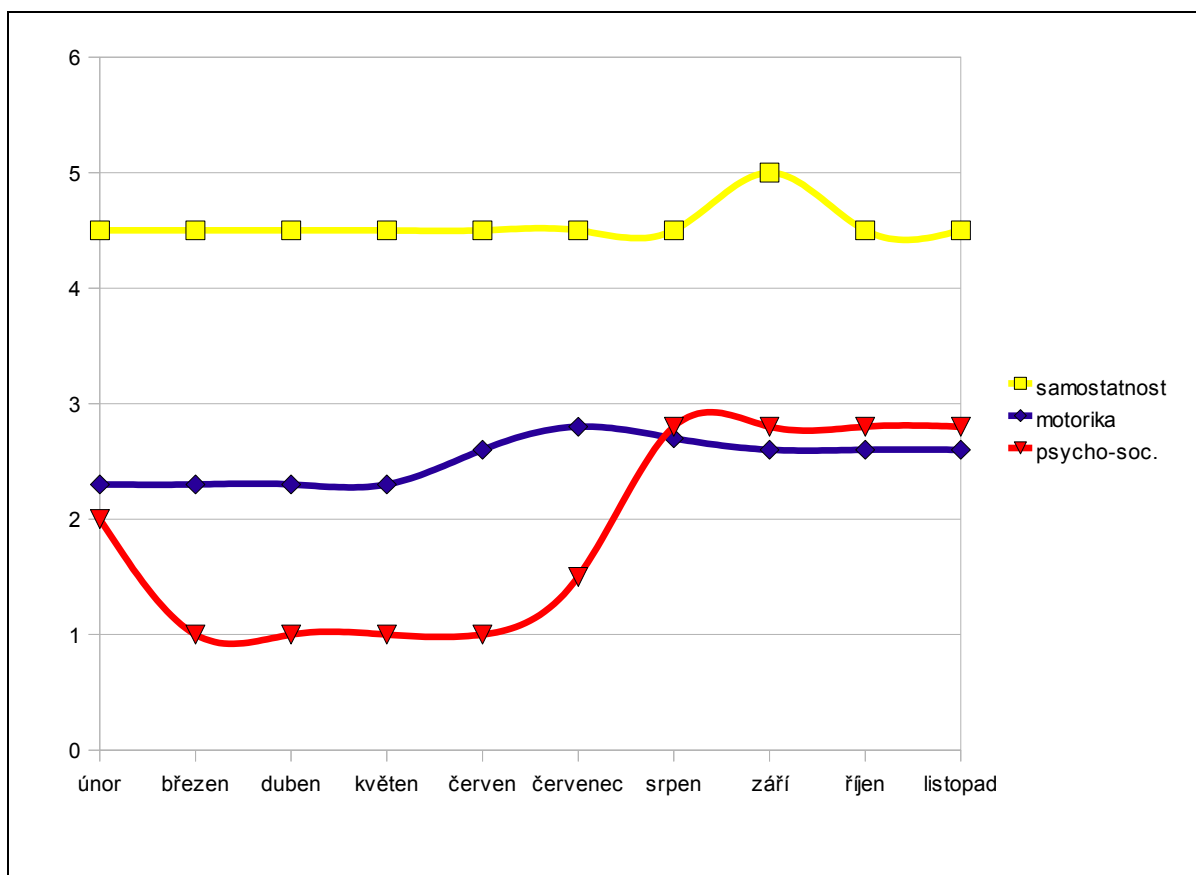
Paní Anna upřednostňovala hudebně-reedukační aktivity emočně-výrazové, které sama aktivně připravovala, které měly za úkol rozvíjet emoční prožívání. Anna dodává: „*Když svůj smutek vytančím na hudbu, kterou miluji, je mi líp*“. Do aktivit paní Anny se zapojovalo jen málo klientů, není pro každého snadné projevit své emoce před ostatními.

**Tabulka č. 9: Klientka Anna – hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců**

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
přítomnost symptomů	2,3	2,3	2,3	2,3	2,6	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
uvědomění psychosociálního významu skupiny	5,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	2,8	2,8	2,8	2,8
samostatnost	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	5,0	4,5	4,5

**Tabulka č. 10: Klientka Anna – hodnotící škály**

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší	<			nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší	<			nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



**Graf č. 5: Klientka Anna – sledované linie v průběhu deseti měsíců**

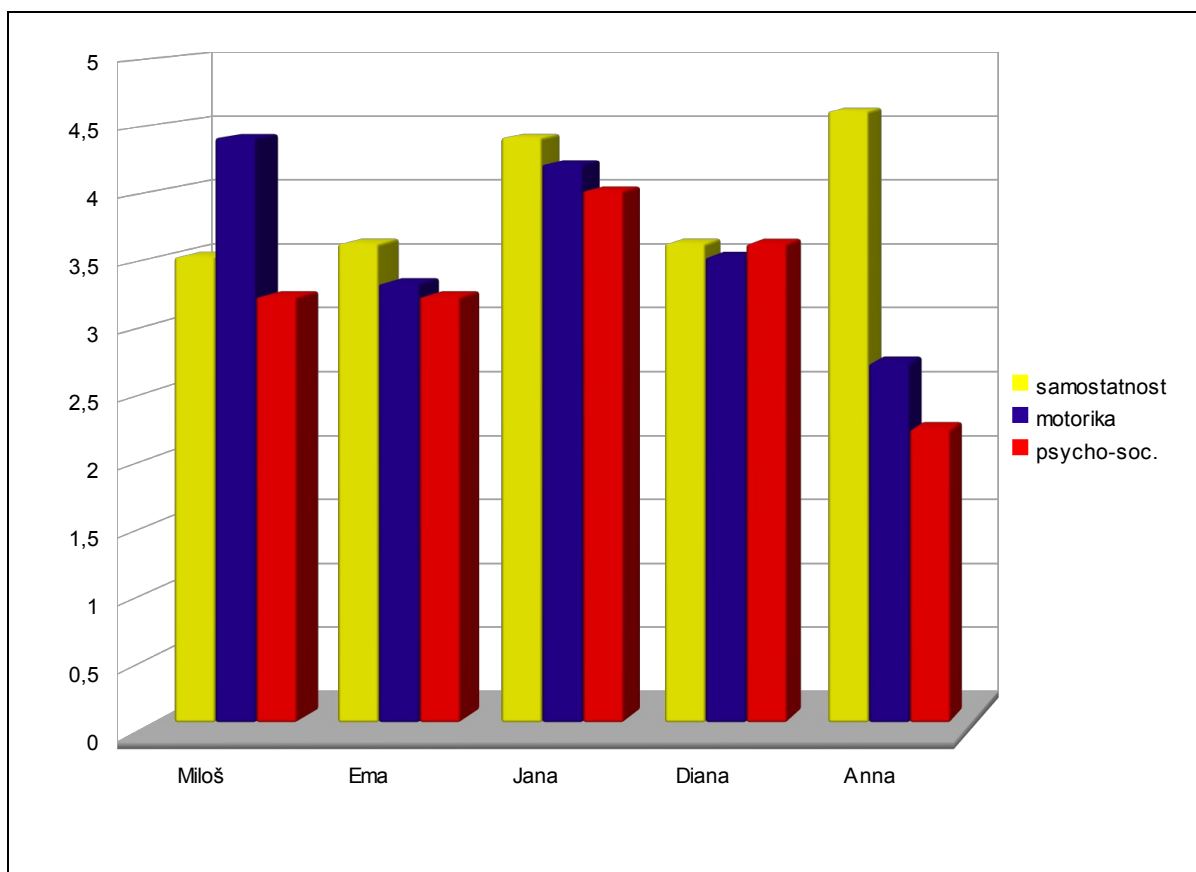
Paní Anna je nejdominantnějším členem skupiny. Její míra samostatnosti a aktivity je od samého začátku velká, největší ve skupině. Dění ve skupině, ale i v soukromí ve velké míře ovlivňují celou její osobnost a také potřebu mít někoho, komu se může svěřit. Je jediným klientem ve skupině, kde se vlivem rozkolu mezi členy skupiny snižuje míra potřeby psychosociální podpory. Motorické příznaky se lehce zlepšují, kde pomocí hudebních aktivit ustupují závratě.

**Tabulka č. 11: Souhrn průměrných hodnot**

	motorika	psycho-soc.	samostatnost
Miloš	4,5	4,4	4,3
Eva	3,8	3,6	3,4
Jana	3,0	3,0	3,1
Diana	2,0	5,0	5,0
Anna	4,4	5,0	4,0

**Tabulka č. 12: Hodnotící škály**

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejlepší		průměr		nejhorší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejlepší		průměr		nejhorší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



**Graf č. 6: Souhrn průměrných hodnot**

Graf č. 6 představuje míru jednotlivých sledovaných oblastí u každého sledovaného klienta. Ukazuje rozdílnost v uvědomění si potřeby psychosociální potřeby u jednotlivých klientů, a v závislosti na této skutečnosti, znázorňuje schopnost jednotlivých členů plnit samostatně a aktivně hudební aktivity na společných setkáních i v domácím prostředí. Linie motoriky ukazuje současný stav u jednotlivých klientů.

### 2.4.3 Obraz sledovaného klienta v případové studii

V této kapitole se autorka bakalářské práce věnuje popisu prožívání a chování klienta během 10 měsíční muzikoterapeutické práce, a to z více hledisek. Na hudebních lekcích bylo dosaženo intenzivního a jasného zájmu ze strany klientů o muzikoterapii. V průběhu práce se ukázalo, že je třeba se věnovat také prožitkové, emoční a psychosociální problematice klientů ve skupině. Klienti v sebevyjádření ztvárňovali situace, které vnímají jako emočně ohrožující a situace, které jim naopak přinášely pocity radosti a uspokojení.

Z etického hlediska je v práci klient popsán tak, aby nebyl identifikovatelný. Klientka je v rámci zachování identity označena jako paní Diana.

#### **Anamnéza**

Paní Diana se narodila v roce 1955. Má o 5 let starší sestru. Narodila se rodičům v pozdějším věku. Vyrůstala ve stínu sestry, která byla průbojnější. Sestra jí byla dávana vždy za vzor. Diana byla rozmazlována otcem. To vše vneslo do jejich sourozeneckého vztahu nesrovnalosti. Po rozvodu rodičů se přestaly stýkat úplně. Teprve nedávno obnovily své vztahy po intervenci dcery a našli k sobě opět cestu. Rodiče jsou již několik let po smrti.

Po ukončení základní devítileté docházky se paní Diana vyučila prodavačkou drogistického zboží. V oboru pracovala jeden rok. Mladá vstoupila do manželství a založila rodinu. Starší dcera Jana se narodila v roce 1975 a mladší syn Petr se narodil v roce 1977. Děti byly pro ni vždy tím nejdůležitějším v životě. Chlapec měl problémy se čtením a psaním. Ukázalo se, že je dyslektik. Příprava na školu i budoucí povolání byla velmi náročná. Většinu života Diana pracovala jako dělnice v závodě na výrobu léků a v centrální umývárně lékařského náčiní. Práce to byla těžká, namáhavá. Manžel pracuje jako řidič z povolání. Pracuje na směny, proto většina práce a starostí v rodině ležela a leží „na jejich bedrech“. Celý život žili s matkou svého muže, která měla v domácnosti „hlavní slovo“.

Dcera Jana pracovala nějaký čas jako au-pair v Anglii. Šťastně se vdala a má dvě děti, dvouletého Filipa, a dvouměsíční Natálku. Syn Petr má jednoletou Viktorku.

Parkinsonova nemoc se u paní Diany začala projevovat plíživě. V roce 2002 začala paní Diana zakopávat, měla i problémy s pohyby rukou např. při čištění zubů. Dva roky chodila po různých vyšetřeních a lékaři si s „ní nevěděli rady“. V roce 2004 bylo provedeno



pozorování v rámci měsíční hospitalizace s následnou domácí léčbou, kdy byla realizována fyzioterapeutická rehabilitace. Teprve v této fázi fyzioterapeut vyslovil podezření na Parkinsonovu nemoc. Posléze paní Diana byla doporučena na neurologické oddělení k odbornému lékaři, který tuto diagnózu potvrdil. Od roku 2008 je paní Diana v invalidním důchodu. Sama spojuje začátek své nemoci s generačními problémy v rodině – dcera pracovala v Anglii, syn se odstěhoval ze společné domácnosti. Prostředí v rodině i ze strany manžela a tchýně bylo poznamenáno určitou dominací a rigiditou. V té době paní Diana prožívala setrvalé pocity nejistoty, obav z budoucnosti.

V současné době se paní Diana aktivně zúčastňuje všech aktivit, které nabízí Parkinson Klub. Zde našla spoustu přátel, kteří trpí stejnou nemocí a jsou pro ni zdrojem pochopení a kamarádství. Paní Diana ráda poslouchá starší nahrávky „Plavců“, „Zelenáčů“, z vážné hudby preferuje „W. A. Mozarta“ a „A. Vivaldiho“.

Ve svém volném čase se ráda věnuje výrobě přáníček z papíru – stříhání, lepení. Chtěla by se vrátit k ručním pracím, které má v oblibě – pletení a háčkování, kterému se v minulosti hodně věnovala. Většinu času tráví se svými vnoučaty a rodinou. Často jezdí s rodinou na chatu. Ráda se také věnuje fotografování. Z pohybových aktivit upřednostňuje turistiku.

### **Sledování motorických a non-motorických projevů klienta**

Z motorických příznaků klientku obtěžuje svalová ztuhlost, rigidita, významné jsou i potíže ve smyslu akinezi. Chůze byla méně jistá, měla potíže se startovními hesitacemi a náhlými pohybovými blokádami při chůzi, tzv. „přilepení k podlaze“, a to především v náročných situacích provozu na ulici, ve velkých nákupních centrech apod. Má potíže s rovnováhou a stabilitou. Objevují se zrychlující se festinace v chůzi. Krok je mnohdy „šouravý“ a se zkrácenou délkou kroku. Také se objevuje synkinéza, tzv. „rozhozené pohyby“. Její motorické schopnosti jsou významně ovlivněny výkyvy počasí.

Klientka byla při prvních setkáních nápadná hypomimií a poruchami řeči. Objevuje se tachyfemie (zrychlování řeči) a palilálie (opakování poslední slabiky ve slově). V důsledku pravidelného provádění individuálních hudebních aktivit došlo k významnému zlepšení, téměř vymizení řečových problémů. Při psaní vykazuje středně těžké postižení, její písmo je malé (mirkografie), ne všechna slova jsou čitelná.

Z projevů non-motorických se objevují poruchy spánku a poruchy psychosociální povahy, především zvýšená úzkostnost, ostych před neznámými lidmi, bezradnost v řešení problémů, poruchy soustředění, mírně zpomalené myšlení a chápání (kognitivní poruchy).

Problémem u paní Diany je, že se svou nemocí se někdy těžce vyrovnává. Snaží se projevy nemoci odsunout ze svého vědomí. Současně je to jedinec, který má potíže se sebevědomím, je závislý na mínění druhých a těžko si uvědomuje to, co ona sama chce, co si myslí a jak se chce chovat. Z celkového pohledu je možné, že se za svou nemoc stydí, a nebo je to spíš převzatý názor z jejího okolí. O svém soukromí mluví málo, problémy spojené se svou nemocí a s přijetím v rodině skrývá. Dochází zde k rozporu mezi prožitky a vnímáním těchto prožitků. C. Rogers (2003, s. 129) mluví o inkongruenci, jde o projevy depresivního charakteru. Paní Diana se přizpůsobuje přáním rodiny namísto projevování vlastního „já“.

Diana se cítí být pod neustálým stresem, že nebude moci plnit role, které se od ní očekávají. Přesto všechny sociální role, které se očekávají od ženy v naší společnosti, plní naplno a stoprocentně. Své obavy skrývá, bojí se odmítnutí, nepochopení, má strach z pohrdání. Sama postoj rodiny komentuje: „...*když si broukám, nebo sama zpívám, myslí si, že nejsem normální*“. Se svou nemocí bojuje sama bez pomoci rodiny. Rodina zlehčuje diagnózu, možná nevědí, co tato nemoc obnáší, neumějí či nechtějí jí podat pomocnou ruku.

Své emoce potlačuje, což může být zdrojem větších pohybových problémů a rychlejší progrese onemocnění. Zdá se, jakoby Diana prožívala jakousi absenci vlastní sebedůvěry, mezilidské komunikace a intimnějšího sdílení v rozhovorech, setkáních a lidské vzájemnosti. Začátek své nemoci spojuje s odchodem své dcery do Anglie a odstěhováním syna ze společné domácnosti. Z toho lze usuzovat, že se nedokázala vyrovnat s odchodem svých dětí ze společné domácnosti. Mluvíme o krizi středního věku. Je možné tuto skutečnost považovat za zátěžovou situaci, která mohla být spouštěčem nemoci. Momentálně se upíná k starostem o vnoučata. Její rodina přijímá její starost o ně jako samozřejmost.

Během prázdnin se nám podařilo navázat kontakt s dcerou paní Diany, seznámit ji s cílem i průběhem našeho projektu. Zároveň jsme tak získali možnost komunikovat přes internet. Pokud se podaří dosáhnout u paní Diany smysluplnosti vlastního konání, dosáhneme zároveň větší spokojenosti, celistvosti a zdraví.

## **Aktivita paní Diany na muzikoterapeutických lekcích**

Paní Diana působí na první pohled jako vyrovnaná žena, podle slov paní Jitky, člena skupiny, působí jako „*pevný přístav, který žádná bouře nepřekvapí*“. V kolektivu se nijak neprosazuje. Často sedí mírně bokem od ostatních. Málokdy se rozhovoří o svých zážitcích z běžného života.

Paní Diana se při lekcích muzikoterapie zapojuje do hudebních činností podle svých možností. Pokud je na programu volný tanec, jde tančit ráda. Tančí s ostychem, napodobuje pohyby ostatních. Její hlavní pohyb je přenášení váhy z jedné nohy na druhou a kývání rukama. Otočky se v tanci nevyskytují, příčinou jsou poruchy rovnováhy a dyskinéza. Často se cítí unavená a odchází si odpočinout. Pokud pracujeme s emocemi a jejím vyjádřením, pak se paní Diana vůbec nezapojuje

Téměř vůbec se nezapojuje do diskuze. Pasivně přijímá, co přijde. Jak říká paní Anna: „*Diana je uzavřená mušle, kterou nikdo neotevře.*“

Paní Diana se snaží získávat uznání pasivním očekáváním a podrobnostmi. Proto se snažíme zapojit ji do všech činností a úspěchem by bylo, kdyby se víc otevřela ve vyprávění zážitků a projevování vlastních názorů, aby dokázala prožívat své emoce. Diana potřebuje vedení a kontrolu v dodržování individuálních hudebních aktivit a bylo dobré získat pro spolupráci i její rodinu.

Časem se její komunikace se zlepšila, otevření nastalo zejména, když začal na lekce docházet pan MuDr. P. Dušek. Také rekondiční pobyt ve Štikově, kde přednášel také Mudr. P. Dušek byl dalším signálem pro větší a otevřenější spolupráci. Naše hudební setkání získala v jejích očích větší smysl a vážnost. Cílem těchto pobytů je utužení návyků pohybových aktivit pro každodenní souboj s nemocí. Pravidelný pohyb paní Dianě prospěl, pochopila, že účinky pravidelného cvičení jsou znatelné.

### **2.4.4 Individuální hudební aktivity klienta**

Při vytváření individuálních hudebních aktivit bylo přihlíženo k tomu, aby činnosti v něm připravené klientku bavily, aby jí motivovaly ke každodennímu plnění činností. Diana je po celý den dost vytížená. Stará se o celou domácnost sama, stará se o manžela, který pracuje na směny. Často pomáhá dceři s dětmi. Na své hudební a pohybové činnosti si musí svůj čas

„ukrajovat“. Do úvahy byly brány povinnosti, ale také možnosti pohybové, které jsou ovlivněny dobou medikace. Hudební aktivity byly zvoleny jednoduché, tak aby nedošlo k nedodržování jídelníčku z časové náročnosti či náročnosti pohybové. Prvotní byla volba poslechu oblíbené hudby, na který klientka provádí taneční pohyb, relaxuje nebo se tanečně pohybuje či mluví s tzv. „rapováním“. Navrhované hudebně pohybové aktivity byly konzultovány s MuDr. Duškem.

Hlavním cílem těchto pohybových a hudebních aktivit je podporovat rozvoj sebevnímání – vnímání svého těla a vnímání svých pocitů, příjemných i nepříjemných a varujících emocí. Dalším úkolem je posílit sebedůvěru klientky. Pokusit se zapojit členy rodiny do tohoto projektu, tak aby paní Dianu v jejím úsilí neodrazovaly a spíše podporovaly.

### **Návrh individuálních hudebních a pohybových aktivit pro paní Dianu**

***Ráno:*** pobrukování, mručení, tichounké pobroukávání lidových melodií (možné je i víc melodií než zaberou léky a povolí ztuhlost).

***Dopoledne:*** čas na pravidelné cvičení (zdravotní cviky doporučené lékařem) – na „country“ muziku dle vlastního výběru a nálady („Plavci“ a pod), broukání (několikrát během dne, např. při vaření), vlastní prozpěvování lidových písní spojené s rytmickou chůzí (v případě zhoršené pohyblivosti je možné nahradit vytleskáváním rytmu písně).

***Časné odpoledne:*** poslech vážné hudby („W. A. Mozart“, „A. Vivaldi“) – odpočinek při kávě.

***Odpoledne:*** „mozková aktivizace“ – taneční písně, „country“ písně – tanec, podupávání do rytmu, vytleskávání rytmu.

***Podvečer:*** poslech – „Gregoriánský chorál“, relaxační hudba.

Do ranních činností bylo zařazeno broukání, mručení, které slouží k „vnitřnímu rozvibrování těla“, podporuje uvolnění napětí, slouží k překonání ztuhlosti, únavy a navozuje lepší náladu.

Během dopoledne paní Diana nejprve zařazuje pravidelné cvičení zdravotních cviků doporučených lékařem. Ranní rozcvička slouží k rozhýbání těla, uvolnění svalových bloků, které jsou následkem špatné polohy při spánku. Během dopoledne bylo zařazeno znovu pobrukování, a zpěv lidových písní s rytmičkou chůzí. Tato činnost rozvíjí psychomotorickou koordinaci a smysl pro rytmus, svalovou synchronizaci, jistotu v udržení rovnováhy.

Po obědě je příležitost pro odpočinek při kávě a poslech relaxační hudby. Doporučili jsme poslech skladeb „W. A. Mozarta“ a „A. Vivaldiho“. Poslech je zaměřen na vnitřní prožitky významů, která hudba nese v neverbalitě. Bylo snahou, aby co nečastěji klientka prováděla relaxaci v leže při poslechu příjemné hudby. Klientka byla vedena k tomu, aby vědomě uvolňovala svalstvo od prstů na nohou s pozvolným vzestupem přes ruce k hrudníku, ke krku, podobně, jak se tato relaxační cvičení provádějí v autogenním tréninku. Autogenní trénink je metoda, která při pravidelném provádění přispívá k rychlému obnovení sil a k odstranění příznaků napětí a neklidu. Po dokonalém nacvičení umožňuje autosugestivní ovlivňování některých tělesných funkcí a může pomoci i při odstraňování nevhodných návyků a dosahování žádoucích vlastností. Působí na příznaky, neodstraňuje ovšem příčiny napětí, ani příčiny organických nebo neurotických poruch. Spolu se svalovým uvolněním se sleduje i odstranění rušivých psychických obsahů, tedy myšlenek a emočních nepříjemných atak, a snaha nepodlehnout impulsu vracejících se myšlenek, snaha během cvičení se vzdát stresovému tlaku každodenního shonu a starostí. Tato „chvilka“ by měla přinést osvěžení, klid a pohodu.

Odpoledne bylo doporučeno zařadit poslech „country“ písní, tanečních písní s tancem, rytmičkou chůzí či vytleskáváním rytmu a cviky na procvičení dolních končetin. Cviky pro dolní končetiny napomáhají nejen motorice dolních končetin, ale i stabilitě a podporují krevní oběh, zpětný žilní návrat, a tedy představují prevenci otoků dolních končetin.

*Podoba těchto cvičení byla následující:*

1. Přednožíme nohu a vypínáme patu a špičku na jedné a druhé noze, 3x-5x.
2. Střídavě kroužíme v přednožení (v sedě) v kotníku levou a pravou nohou ven a dovnitř.
3. Špičku nohy v přednožení vytáčíme vpravo a vlevo (Halová, 2007, s. 65).

Večer klientka věnovala čas psychickému uvolnění, odpočinku a relaxaci, a proto byl doporučen poslech relaxační hudby – „A. Vivaldi“, „W. A. Mozart“, „Gregoriánský chorál“. Gregoriánský chorál je liturgický jednohlasý zpěv ve volném rytmu, který je zpíván v latině. Alfred A. Tomatis (in Campbell 2008) dokladuje, že existují dva základní druhy zvuků – jedny člověka vybíjejí a druhé ho nabíjí. Sám měl velké úspěchy ve výzkumu vlivu hudby na člověka s hudbou W. A. Mozarta a Gregoriánským chorálem. Gregoriánský chorál obsahuje všechny tóny z oblasti těch frekvencí, které uchu dodávají energii. Obsahuje všechny frekvence od 70 Hz až k 90000 Hz., ale s jinými „obalovými frekvencemi“, než u normální řeči (Campbell 2008, s. 56).

Jednotlivé segmenty cvičení by měla klientka vykonávat přibližně 15 - 20 minut. Tato doba je nezbytná proto, aby byly hudební a pohybové aktivity dostatečně efektivní. Předpokládáme, že hudba představuje vnější stimul, podporující využití dopaminu a synchronizaci funkcí mozku a CNS (viz teoretická část). Proto hudba pozitivně a téměř okamžitě podporuje pohybové činnosti klienta. Produkce hudby, i když klientka si „zpívá potichu“ musí mít expresivní charakter, jinak hudba není pro Parkinsoniky jako stimul efektivní. Je nutné, aby poslech hudby byl doprovázen tzv. vnitřním zpěvem, aby došlo k ovlivnění či zmírnění symptomů. Tento poslech nazýváme poslechem angažovaným (Pejřimovská, et al. 2011, s. 46).

#### **2.4.5 Vliv hudebních aktivit na sledovaného klienta**

Paní Diana je člověk velmi pracovitý. Její projevy Parkinsonovy nemoci jsou již velmi významné pro kvalitu jejího života. Velmi je omezena v pohybu, zejména po ránu. Také časté zrázy v chůzi a bolesti kotníků jí znepráhňují život. Sama se zúčastňuje všech dostupných aktivit, které organizuje Klub Parkinson, ať je to logopedie nebo pohybová cvičení. Snaží se využít každé příležitosti, jak zlepšit svoji pohyblivost. Každý rok jezdí na rekondiční pobyty ve Štikově. Na přednáškách pro osoby s Parkinsonovou nemocí se dozvěděla o účincích hudby na člověka, o léčebných možnostech hudby z přednášky paní MuDr. L. Čapkové a MuDr. Růžičky. Sama je muzikální typ, a proto chtěla zkusit, jaký vliv hudba bude mít na její pohyb, na její nemoc. Od muzikoterapie očekává zlepšení svých motorických schopností. Diana vyslovuje přání: „*mým přáním by bylo alespoň, aby to trochu pomohlo, abych si nemusela být závislá na ostatních členech rodiny.*“

Z nabízených domácích hudebních aktivit si velmi oblíbila ranní broukání a mručení, kterým začíná každý den ještě než vstane. Na otázku: „*Co Vám nejvíce pomáhá?*“ odpovídá: „*Když si broukám a rozezvučí se celé mé tělo, je mi hned lépe.*“ Diana ráda zpívá nebo si prozpěvuje během dne, ráda má zejména hudbu stylu „country“. Velmi si pochvaluje poslech hudby zejména skladeb od skladatele A. Vivaldiho, které jsou zdrojem příjemných okamžiků, zlepšují její psychiku. Sama říká: „*hned mám větší radost ze života a chuť do další práce.*“

Na otázku co pro ni znamená hudba odpovídá: „*Hudba je pro mě vším. Je pro mě naprosto důležitá. Tak jako vzduch, voda, jídlo a láska, tak i hudba je základem mého života. Pro spoustu lidí je to něco běžného v jejich životě. Jsou na ni zvyklí, jako na vstávání do práce či školy, na jízdu, ale pro mě? Je to daleko víc.*“

Spolu se souběhem podpory i dalších odborných intervencí, především v podobě podpory hudebních aktivit MuDr. P. Duškem, se začala i její domácí práce zkvalitňovat. Individuální hudební aktivity prováděla samostatně a dokázala se více asertivně v domácím prostředí prosadit. Na skupinových setkáních tato žena postupně, právě pro poskytovanou podporu, vykazovala stále lepší výkony. Sdělovala i zpětnovazebně, že pravidelná hudební aktivita jí přináší úlevu a pozitivní psychické prožitky. Klientka byla zprvu k individuálním hudebním aktivitám více uzavřena až odmítavá, negativistická. Postupně byla stále aktivnější jak v domácím prostředí, tak i ve skupině. Do skupiny velmi často vnášela nové impulsy a nápady. Skupinu tak v celé práci posunovala vpřed. Stala se iniciátorem mnoha drobných aktivit. Postupně se stávalo zřejmým, jak tato klientka pečlivě a zodpovědně a s radostí splňuje nárok na detail. Stala se jednou z těch klientů, kteří svou aktivitou překonali svou nejistotu a převzali ve skupině vedení. Stávalo se, že klientka přinášela ostatním členům skupiny dárky, které pro ně doma připravila.

Potíže této klientky byly řešeny s využitím stanovených individuálních hudebních aktivit, které byly především orientovány na motoriku – chůzi, mimiku, řeč a postulaturu. Hudební aktivity, které by mohly potíže klientky zmírňovat narážely na problém domácích realizací. Klientka ztrácela v domácím prostředí sebejistotu, nedokázala si najít čas na cvičení, protože si nedokázala prosadit čas na sebe sama. Nedokázala dobře organizovat denní čas a nacházet si denní rytmus a režim.

Během hudebních lekcí pozorujeme u paní Dany patrné zlepšení po psychické stránce, zmenšuje se ostych a do činností se zapojuje s větším nasazením a s radostí. Také pohyblivost dolních končetin se během půl roku hodně zlepšila (otočky při tanci).

Hudební aktivity, a to zejména práce se zpěvnou řečí a tempem výrazně odstranily u klientky poruchy řeči klientky. Zejména se snížily projevy tachyfemie (zrychlování řeči) při rytmických hudebních činnostech. Největší zlepšení bylo zřetelné v oblasti palilalie (opakování posledních slabik). Její řeč se stávala srozumitelnější, klidnější a jistější.

Významná byla také změna pohledu klientky na smysl života. Systematická organizace dne a pravidelné zařazování hudebních a pohybových aktivit jí vnesla do života řád, který byl důvodem nabytí sebedůvěry a chutě se seberealizovat.



## 2.5 Shrnutí výsledků empirické části a ověření předpokladů

**Předpoklad č. 1: Předpokládáme kladný vliv hudby na osoby s Parkinsonovou chorobou.**

Hudba je přirozeným jevem, který doprovází člověka po celý život, vyvolává v každém z nás různé pocity, ovlivňuje významně emocionální prožívání a skrze ně i osobnostní povahu člověka. Proto hudba může mít i významný vliv také na naše zdraví. Autorka této práce spolu s ostatními studenty pracovala v oblasti hudební reedukace pod lékařskou a muzikoterapeutickou supervizí.

Prvý předpoklad zjišťuje, zda hudba má vliv na prožívání jedince, a zda se dotýká osobnostního jádra, a tak pozitivně ovlivňuje i některé z non-motorických příznaků. Práce shrnuje výsledky pozorování skupiny osob s Parkinsonovou nemocí po dobu 10 měsíců na hudebních lekcích. Autorka textu porovnála a zpracovala výsledky sledování motorických a non-motorických příznaků u klientů. Zároveň sledovala míru samostatnosti klientů v závislosti na míře psychosociální podpory. S ohledem na potřeby klientů v průběhu práce vytvořila dokumentaci, kterou průběžně analyzovala a vyhodnocovala. Výsledkem je sumarizace výsledků formou grafů, které sledují vývoj motorických projevů, samostatnosti v souvislosti s poskytováním psychosociální podpory.

Ke kladnému vlivu na osobu nemocného člověka Parkinsonovou nemocí se nutně přiřazuje přítomnost a masivnost příznaků – jak motorických, tak non-motorických. Současně ale má vliv i to, jak se jedinec dokáže otevřít sociálnímu prostředí, a jak dokáže ze svého sociálního prostředí čerpat i podporu. V našem programu představovala sociální prostředí hudebně-reedukační skupina. Zde se promítaly ale i ostatní psychosociální vlivy, klienti zde sdělovali své prožitky z nemocnic, z dopravních prostředků, z rodin. Rodinné zázemí a schopnost být sám sebou v rodině a žít prosociálně – pro rodinu, je velmi obtížným úkolem, což právě potvrzovala klientka Diana, ale i klientka Jana, klientka Anna, ale i Miloš a Ema.

Non-motorické příznaky velmi významně a jemně souvisí s kvalitou života. Na rozdíl od motorických příznaků, které také utvářejí kvalitu života, ale nejsou vnějškově pozorovatelné. Non-motorické příznaky klient spíše buď spontánně sděluje nebo v rámci rozhovoru s doprovodným edukátorem jejich problematika vyvstává. Zde v této oblasti bylo docíleno, také velmi významných efektů.

Klientka Diana se stala méně depresivní, umí více vnímat sebe sama, začala prosazovat své potřeby a zájmy ve své rodině. Její vnitřní život je více radostný a emočně stabilnější, získala více sebedůvěry. Významná byla také změna pohledu klientky na smysl života. Systematická organizace dne a pravidelné zařazování hudebních a pohybových aktivit jí vnesla do života řád, který byl důvodem nabytí sebedůvěry a chuti se seberealizovat.

Klientka Anna získává zkušenost s vedením skupiny a současně se vyrovnává pomocí hudby s životními negativními zkušenostmi a hrozbou osamocení.

Klientka Ema dociluje pomocí hudby větší emoční stability. Hudba představuje i tmel v její rodině, kde jsou všichni hudebníci. Jejím aktivním hudebním denním cvičením právě ona si uvědomuje, že má moc tmelit rodinu, která v jejím životě představuje vysokou psychosociální hodnotu bezpečí.

Klientka Jana se stává sebejistější. Její pečlivá povaha byla svazována depresivní závislostí na druhých lidech. Pečlivost se negativně proměňovala na perfekcionalismus a minoritní sebehodnocení. Nyní se pomocí sebeprosazení stává více svébytnou. Pochopila, že skupina, které se stala součástí jí přináší tolik potřebnou oporu.

Klient Miloš se stává jistější v zapojování do všech aktivit, ať už společných nebo individuálních. Získává sebedůvěru a následně dominantní roli mezi členy skupiny svojí příkladnou iniciativou v provádění hudebních aktivit.

Nyní budou uvedeny vlastní vyjádření klientů, potvrzující jejich chápání kvality života v souvislosti s hudebními aktivitami.

Diana: „*Hudba mi pomáhá rozhybat se po ránu, pomáhá mi když je mi smutno, když mám strach, co se mnou bude. Když mám smutek a pláči, zapnu rádio a představuji si svět v růžových barvách a to mě dostane i z té největší deprese. Když jdu spát, zapnu rádio a hudba mě doprovází ve snech.*“

Jana: „*Když si po ránu zpívám, hned je mi líp, když si mručím, rozvibruje se celé mé tělo a já jsem jako rybička.*“

Ema sděluje během skupinové aktivity: „*Bez hudby si neumím představit život, když je mi smutno, ona mne přeladí. Hudba je mým životem, ve smutku i radosti.*“

Miloš říká: „*Jsem rád, že hudbou mohu zmírnit třes, nemusím se bát jít koupit lístky na výstavy, kam tak rádi s manželkou jezdíme.*“

Anna: „*Nejtěžší okamžiky v životě mně pomohla překonat hudba, byla to nemoc, ztráta manžela i odchod dcery do zahraničí, ztráta celé mé rodiny během druhé světové války. Když smutním, tak se ze smutku vyzpívám, hned je mi líp.*“

Jana: „*Jsem ráda , že hudba mi pomohla překonat sama sebe, že se umím prosadit doma i ve skupině.*“

Prvý předpoklad výpověďmi klientů, kde sami poukazují na souvislost mezi hudbou a kvalitou života se potvrdil. **Hudba má kladný vliv na osoby s Parkinsonovou nemocí.**

**Předpoklad č. 2: Předpokládáme, že pravidelně prováděné hudebně-reedukační aktivity budou mít u osob s Parkinsonovou nemocí vliv na zlepšení motorických funkcí.**

Autorka práce pracovala individuálně s jedním klientem, ale zároveň se podílela na vedení a sledování celé skupiny. Tým podporoval snahu lidí k seberealizaci skrze sebevyjádření k sebeprojevení. Projevy nemoci jsou u osob s Parkinsonovou nemocí velmi individuální, proto se časem ukázalo že není možné, aby stanovení individuálních muzikoterapeutických aktivit bylo pro všechny klienty unifikované.

Na konci června, po čtyřech měsících společné práce, jsme pod supervizí Mudr. Duška sestavili pro každého člena skupiny poměrně trvalý segment – individuální hudební aktivity. S klienty jsme domluvili formu provádění hudebních aktivit i způsob záznamu cvičení. Domluvili jsme se také na formě, jak budou studenti kontrolovat provádění jídelníčku u jednotlivých klientů. Mezi klienty a studenty docházelo ke kontaktu pomocí telefonu nebo e-mailu, a to většinou dvakrát týdně.

Během desetiměsíční práce s osobami s Parkinsonovou nemocí dochází u všech klientů ke kvalitativnímu pozitivnímu posunu ve vnímání a poskytování psychosociální podpory (viz kapitola *Jednotlivec v kontextu skupiny*). Klienti si byli vědomi, že je možné ve skupině se svěřovat s vlastními potížemi a problémy a empaticky přijímat a poskytovat podporu druhým. Zároveň se zvýšila samostatnost v provádění hudebně-reedukačních aktivit a došlo též k mírnému zlepšení motorických funkcí. Vzhledem k závažnosti a specifice onemocnění, lze konstatovat, že i mírné zlepšení je významným úspěchem.

U paní Emy se zlepšila z motorických příznaků stabilita a synchronizace pohybů.

U pana Miloše se zmírnil třes rukou, podpořila se jeho pohybová jistota, především v chůzi.

U paní Anny se z motorických příznaků zvýšila stabilita, a pomocí hudebních aktivit ustupují závratě.

U paní Jany se upravila mimika obličeje, upravila se monotónní řeč, stabilita a synchronicita pohybů, plynulost pohybů, jistota lokomoce.

U klientky Diany hudební aktivity, a to zejména práce se zpěvnou řečí a tempem výrazně odstranily, poruchy řeči klientky. Zejména se snížily projevy tachyemie (zrychlování řeči) při rytmických hudebních činnostech. Nejmarkantnější zlepšení bylo zřetelné v oblasti palilalie (opakování posledních slabik). Její řeč se stávala srozumitelnější, klidnější a jistější.

Závěrem cituji pozitivní vyjádření mé sledované klientky o zlepšení motorických příznaků: *„Hudba mi pomáhá rozhýbat se po ránu, pomáhá mi, když je mi smutno, když mám strach, co se mnou bude. Když mám radost a chci se bavit, zapnu rádio a tancuji.“*

*„Když si ráno hned v posteli broukám, sama se divím, jak je mi hned lépe. Vstává se mi mnohem snadněji. Někdy si broukám na chodníku, když se nemohu rozejít, a sama jsem překvapena, že to pomáhá.“*

*„Ráda zpívám svým vnoučatům dětské lidové písně, pak všichni tančíme. Já se při zpěvu rozhýbu, roztančím. Celý den je hezčí.“*

Z výše uvedených vlastních vyjádření klientky je zřejmé zlepšení motorických problémů nejen u paní Diany, kterou autorka práce individuálně sledovala, ale i u ostatních členů skupiny.

Lze tedy konstatovat, že se potvrdila platnost i druhého předpokladu: **Pravidelně prováděné hudebně reedukační aktivity mají vliv na zlepšení motorických funkcí u osob s Parkinsonovou nemocí.**

## Závěr

Cílem bakalářské práce bylo charakterizovat možnosti hudby při péči o osoby s Parkinsonovou chorobou a zjistit vliv hudby na tyto osoby.

Tato práce byla původně orientována na sledování zlepšení motorických funkcí, na schopnost samostatného provádění hudebních aktivit u osob s Parkinsonovou nemocí. Během hudebních setkání se ale ukázalo, že pro aktivitu klientů je potřeba psychosociální podpora. Lidé potřebovali prostor a čas na utvoření kvalitního terapeutického vztahu s doprovázejícím edukátorem. Potřebovali se více otevřít, prožívat spolu se všemi své starosti a strasti každodenního života, proto se naše práce zaměřila na prožívání klienta a jeho psychosociální aktivitu. Časem se nám podařilo, že se lidé více otevřeli, sdělovali bez zábrán informace o sobě i své rodině, o svých zážitcích, prožitcích a svých emocích. To poté ovlivnilo jejich aktivitu v provádění hudebně-reedukačních aktivit.

Průzkum probíhal pravidelně ve čtrnáctidenních intervalech na skupinových hudebně-reedukačních setkáních s osobami s Parkinsonovou nemocí. Autorka práce pravidelně připravovala pod supervizí společně s ostatními studenty hudebně-reedukační program. Při sledování klientů byla stěžejní metodou – metoda pozorování se záznamem písemným i s videozáznamem. Dále klienti zaznamenávali své aktivity a pocity při plnění domácích aktivit. Rozhovor byl další nepostradatelnou metodou tohoto průzkumu. Byl zdrojem informací o pocitech, motorických problémech i potřebách klientů. Záznamy z pozorování a analýza rozhovorů byla využita k dalším postupům v práci s klientem. Při individuální práci s klientem byla použita metoda případové ilustrace.

Projevy nemoci jsou u osob s Parkinsonovou nemocí velmi individuální, proto se časem ukázalo, že není možné, aby stanovení individuálních hudebně pohybových aktivit bylo pro všechny klienty unifikované. Každému členu skupiny byl studentkami vytvořen hudebně-reedukační program, který v maximální míře respektuje individualitu každého z nich. Během průzkumu jsme zaznamenali nejen zlepšení motorických projevů klientů, ale také kladný vliv hudby na psychickou stránku klientů. Lidé získali sebedůvěru a chuť k změně některých každodenních stereotypů, ke změně postojů k životu, ke smyslu života.

Přínosem pro autorku této práce je prohloubení a obohacení teoretické poznatků z oboru speciální pedagogiky, práce s osobami se zdravotním postižením, seznámení s hudebně reedukačními metodami, které mají vliv na bio-psycho-socio-spirituální stránku člověka, a využití těchto poznatků v praxi a v osobním životě.

## Navrhovaná opatření

Během naší kolektivní práce jsme pochopili, že pro klienty je nejdůležitější pocit jistoty, bezpečí, porozumění a stability. Po roce systematické práce se dá říci, že pravidelná práce studentů s osobami s Parkinsonovou nemocí přinesla mnoho dílčích úspěchů v oblasti psychosociální, motorické, v rozvoji samostatnosti a sebedůvěry jednotlivých klientů. Klienti do tohoto projektu vstoupili s vědomím, že bude tato aktivita trvat přibližně jeden rok. Vzhledem k tomu, že naše desetiměsíční práce přinesla výsledky, by bylo potřeba, aby tento projekt byl zachován a pokračoval. Pokud chceme osobám s Parkinsonovou nemocí skutečně pomoci v jejich boji s nemocí, pak je potřeba, aby tato práce byla systematická a dlouhodobá.

Přestože celý projekt byl pro studenty velmi časově a finančně náročný, studenti v současné době, v rámci svých možností, dále komunikují s klienty, neboť zde, na základě dlouhodobé spolupráce a navázaného blízkého vztahu, vznikla přátelství. Bylo by však vhodné zajistit další studenty, kteří by pokračovali v započaté práci. A zajistili tak pokračování projektu jak pro stávající klienty, tak pro nově příchozí. Pro tuto společnou aktivitu je potřeba zajistit prostory, ale i prostředky pro provádění hudebně-reedukačních aktivit. Finanční prostředky, které by pomohly osobám s Parkinsonovou nemocí získat přístroje pro poslech hudby v domácím prostředí, při individuálních hudebních činnostech (např. MP3 – přehrávače), ale také pro činnosti skupinové (hudební nástroje). Podporu potřebují také studenti a supervizoři, pro které je tato aktivita velmi časově a finančně náročná. Jedním z řešení, které se nabízí, je založení občanského sdružení, které by zaštitilo celý projekt. V současné době probíhají přípravy k uskutečnění tohoto záměru.

Pokud by se podařilo pokračovat v hudebně-reedukačních aktivitách s osobami s Parkinsonovou nemocí, pak by byl položen základ pro velmi významný, systematický a důkladný výzkum v oblasti, která je málo probádaná, v oblasti zkoumání vlivu a využití hudby v životě osob s Parkinsonovou nemocí.

## Seznam zdrojů

BENÍČKOVÁ, Marie, 2011. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3520-7.

CAMPBELL, Don, 2008. *Mozartův efekt*. Praha: Eminent. ISBN 978-80-7281-336-0.

ČAPKOVÁ, Ludmila, 2010. Rytmus a pohyb. *Parkinson* [online], roč. 2010, č. 32, s. 5, 6, [vid. 20. 2. 2012]. ISSN 1212-0186. Dostupné z: [http://parkinson-cz.net/ostatni/casopis/Cisla\\_31-40/Parkinson\\_32-10.pdf](http://parkinson-cz.net/ostatni/casopis/Cisla_31-40/Parkinson_32-10.pdf).

DRAPELA, Viktor , 2003. *Přehled teorií osobnosti*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-66-3.

FALEIDE, Asbjorn, O., LIAN, Lilleba, B., FALEIDE, Eyolf, K., 2010. *Vliv psychiky na zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 82-450-0127-9.

FÍŠER, Slavomil, ŠKODA, Jiří, 2008. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.

FRANĚK, Marek, 2005. *Hudební psychologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 80-246-0965-7.

GRUN, M. D., GREULICH, C. W. 1998. Tvorivá muzikoterapia a Parkinsonova choroba. *Neurologie pro praxi* [online], roč. 1998, č. 4, s. 31 [vid. 20. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/Ressner.pdf>.

HALOVÁ, Miroslava, 2007. *Nemocný v domácí péči 1*. Javorník: Halová Miroslava – MAJ.ZJ. ISBN 80-239-7316-9.

JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva, BORZOVÁ, Claudia a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.

KANTOR, Jiří, LIPSKÝ, Matěj, WEBER, Jana a kol., 2009. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2846-9.

- KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1110-2.
- KOMÁREK, Stanislav, 2005. *Spasení těla. Moc, nemoc a psychosomatika*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta. ISBN 80-204-1287-5.
- LINKA, Arne, 1997. *Kapitoly z muzikoterapie*. 1. vyd. Rosice u Brna: Gloria. ISBN 80-901834-4-1.
- MATOUŠEK, Oldřich, KROFTOVÁ, Andrea, 2003. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-771-X.
- MAREK, Vlastimil, 2000. *Tajné dějiny hudby*. Praha: Eminent. ISBN 80-7281-037-5.
- MICHALOVÁ, Zdeňka, 2006. *Speciální pedagogika 1. díl*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7372-109-0.
- PEJŘIMOVSKÁ, Jitka, ZELEINOVÁ, Jaroslava, 2011. *Dimenzie muzikoterapie*. 1. Vyd. Trnava: Pedagogická fakulta Trnavské univerzity v Trnavě. ISBN 978-80-8082-331-3.
- PEŠATOVÁ, Ilona, TOMICKÁ, Václava, 2007. *Úvod do integrativní speciální pedagogiky*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-268-5.
- POLEDŇÁK, Ivan, 1984. *Stručný slovník hudební psychologie*. 1. vyd. Praha: Supraphon.
- PONĚŠICKÝ, Jan, 1999. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7264-050-5.
- PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří, 2001. *Pedagogický slovník*. 3. rozšířené a aktualizované vyd. Portál: Praha. ISBN 80-7178-579-2.
- RESSNER, Pavel, ŠIGUTOVÁ, Dana, 2001. Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online], roč. 2001, č. 1, s. 31 [vid. 25. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/Ressner.pdf>.
- ROGERS, Ramson Carl, 2003. Teorie „já“. In: DRAPELA, Viktor. *Přehled teorií osobnosti*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-766-3.



- ROTH, Jan, SEKYROVÁ, Marcela, RŮŽIČKA, Evžen a kol., 2009. *Parkinsonova nemoc*. 4. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Maxdorf s.r.o. ISBN 978-80-7345-178-3.
- SCHWARZ, Shelley Peterman, 2008. *Parkinsonova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2321-1.
- SKOPAL, Jiří, VÁŇOVÁ, Hana, 2007. *Metodologie a logika výzkumu v hudební pedagogice*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-246-1367-3.
- STONE, Trevor, DARLINGTONOVÁ, Gail, 2003. *Léky, drogy, jedy*. 1. vyd. Praha: Academia. ISBN 80-200-1065-3.
- ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol., 2007. *Klinická logopedie*. 2. aktualizované vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
- TROJAN, Stanislav, DRUGA, Rastislav, VOTAVA, Jiří, 2001. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-2470-031-X.
- VACEK, Jaroslav, 1996. *O nemocech duše*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 80-204-0535-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Základy obecné psychologie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-283-8.
- VOTAVA, Jiří, 2009. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-449-8.
- ZELEIOVÁ, Jaroslava, 2007. *Muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-237-9.